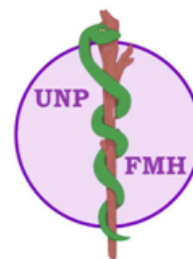


UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA



Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana



TESIS

**“CARACTERISTICAS CLINICO-QUIRURGICAS DE PACIENTES
POSTOPERADAS DE PROLAPSO GENITAL ATENDIDAS EN EL
SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA EN EL HOSPITAL DE LA
AMISTAD PERÚ - COREA SANTA ROSA II-2 PIURA EN EL PERIODO
DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2018”**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO

FRANK WILLIAMS CRESPO GUERRERO

Línea de investigación:

Salud Pública

Piura, Perú

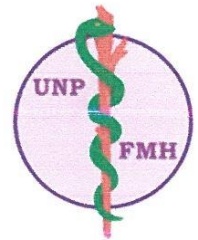
2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA



Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana



**“CARACTERISTICAS CLINICO-QUIRURGICAS DE PACIENTES
POSTOPERADAS DE PROLAPSO GENITAL ATENDIDAS EN EL
SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA EN EL HOSPITAL DE LA
AMISTAD PERÚ - COREA SANTA ROSA II-2 PIURA EN EL PERIODO
DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2018”**

Salud Pública

Asesor:


Dr. Francisco Javier La Madrid Razuri
Ginecóloga y Obstetra
CMP. 26259 - RNE. 17332

Tesista:


Frank Williams Crespo Guerrero

Piura, Perú

2019

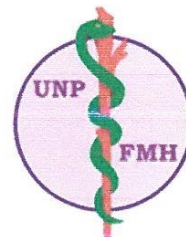
UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA

”

Facultad de Ciencias de la Salud



Escuela Profesional de Medicina Humana



**“CARACTERISTICAS CLINICO-QUIRURGICAS DE PACIENTES
POSTOPERADAS DE PROLAPSO GENITAL ATENDIDAS EN EL
SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA EN EL HOSPITAL DE LA
AMISTAD PERÚ - COREA SANTA ROSA II-2 PIURA EN EL PERIODO
DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2018”**

Salud Pública


Jurado:



Dr. Manuel Purizaca Benites
Presidente



Dr. Pedro Delgado Rodriguez
Secretario



Dr. Augusto Villalta Pulache
Vocal

Piura, Perú

2019



ACTA DE SUSTENTACION



Ejecutor (es): **FRANK WILLIAMS CRESPO GUERRERO**

Asesor : **DR: FRANCISCO LAMADRID RAZURI**

Los Miembros del Jurado Calificador que suscriben, nombrados con Resolución 132-19-F.CS. del 25/03/19, dictaminan que el Trabajo de Investigación "**CARACTERISTICAS CLINICO-QUIRURGICAS DE PACIENTES POST OPERADOS DE PROLAPSO GENITAL ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL DE LA AMISTAD PERU-COREA SANTA ROSA II-2 PIURA EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2018**", presentado por el Bachiller (es) **FRANK WILLIAMS CRESPO GUERRERO**, para optar el Título de **Médico Cirujano** de la Universidad Nacional de Piura, está en calidad de:

APROBADO				DESAPROBADO
EXCELENTE	SOBRESALIENTE	MUY BUENO	BUENO +	

En consecuencia queda en condición de ser calificado **APTO** por el Consejo Universitario de la Universidad Nacional de Piura y recibir el **TITULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO** de conformidad con lo estipulado en la ley.


DR. MANUEL PURIZACA BENITES
PRESIDENTE


DR. PEDRO DELGADO RODRIGUEZ
SECRETARIO


DR. AUGUSTO VILLALTA PULACHE
VOCAL

DEDICATORIA

Mi tesis la dedico a mi Dios todopoderoso

A mis amados padres Javier y Francisca, por ser el motor que me motiva todos los días.

*A mis hermanos Roxana, Gloria, Susy, Aldo, Kelly, Pamela, Ronald, por enseñarme a ser mejor
todos los días con su ejemplo.*

Y a mi abuelito Baltazar, por motivarme siempre a ser el mejor.

AGRADECIMIENTO

A mi Dios todopoderoso por regalarme la dicha de estudiar medicina,

Por las capacidad y habilidades que me ha regalado para esta hermosa profesión,

Por ser todos los días mi fortaleza y pronta ayuda en medio de las pruebas;

Porque todo lo que soy y lo que seré se lo debo infinitamente a Él.

A mis padres Javier y Francisca por su esfuerzo, dedicación y apoyo diario

Sin medida para que yo sea un profesional.

A mis hermanos Roxana, Gloria, Susy, Aldo, Kelly, Pamela, Ronald,

Por ser un apoyo en todo tiempo

Y todo momento incondicional.

A mi compañera en toda la carrera Karina.

*Agradecer a todas las personas Familiares, Amigos, Profesores, Doctores, Licenciadas(o), por
sus enseñanzas día a día y por permitirme lograr mis metas.*

ÍNDICE

RESUMEN.....	11
ABSTRACT.....	12
INTRODUCCIÓN.....	13
I. ASPECTOS DE LA PROBLEMÁTICA.....	14
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	14
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	16
1.2.1. Problema General.....	16
1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
1.4. OBJETIVOS	17
1.4.1. Objetivo General	17
1.4.2. Objetivos Específicos.....	17
1.5. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
II. MARCO TEÓRICO	18
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
2.2. BASES TEÓRICAS.....	23
2.2.1 DEFINICIÓN DEL PROLAPSO GENITAL	23
2.2.2 EPIDEMIOLOGIA DEL PROLAPSO GENITAL.....	23
2.2.3 ANATOMIA DEL PISO PELVICO	25
2.2.4 ETIOPATOGENIA DEL PROLAPSO GENITAL	29
2.2.5 CLÍNICA, EVALUACIÓN Y CLASIFICACIÓN DEL PROLAPSO GENITAL	32;Error! Marcador no definido.
2.2.6 TRATAMIENTO DEL PROLAPSO GENITAL ...	38;Error! Marcador no definido.
2.2.6.1 TRATAMIENTO CONSERVADOR.....	38;Error! Marcador no definido.
2.2.6.2 TRATAMIENTO QUIRURGICO	39;Error! Marcador no definido.
2.2.7 TÉCNICAS DE CORRECCION DEL PROLAPSO GENITAL	43;Error! Marcador no definido.
2.2.7.1 TECNICAS CONSERVADORAS	43;Error! Marcador no definido.
2.2.7.2 TECNICAS QUIRURGICAS	44;Error! Marcador no definido.
2.3. GLOSARIO DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	44
2.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	46
III. MARCO METODOLÓGICO	50
3.1. ENFOQUE Y DISEÑO.....	50
3.2. SUJETOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	51
3.3. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS.....	51

3.3.1 Proceso de captación de la información	51
3.3.2 Procedimientos para la recolección de datos	51
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.	52
3.5. ASPECTOS ÉTICOS	52
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	54
4.1 RESULTADOS	54
4.2. DISCUSIÓN.....	63
V. CONCLUSIONES.....	66
VI. RECOMENDACIONES	68
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69
VIII. ANEXOS	73
8.1. MATRIZ DE CONSISTENCIA	73
8.2. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	77

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Distribución de la incidencia de pacientes post operadas de prolapso genital en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2, durante el año 2018.	54
Tabla 2: Características clínicas de los pacientes postoperadas de prolapso genital en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2, durante el año 2018.	55
Tabla 3: Características quirúrgicas de las pacientes post operadas de prolapso genital según tipo de intervención en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2, durante el año 2018.....	56
Tabla 4: Características quirúrgicas de las pacientes post operadas de prolapso genital según grado de prolapso en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2, durante el año 2018.....	57;Error! Marcador no definido.
Tabla 5: Características quirúrgicas de las pacientes post operadas de prolapso genital según el tipo de prolapso en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2, durante el año 2018.....	58

Tabla 6: Características quirúrgicas de las pacientes pos operadas de prolapso genital según el tipo de anestesia en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2, durante el año 2018.....59

Tabla 7: Características quirúrgicas de las pacientes pos operadas de prolapso genital según el tiempo de estancia hospitalaria en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2, durante el año 2018.60;Error! Marcador no definido.

Tabla 8: Características quirúrgicas de las pacientes post operadas de prolapso genital según complicaciones post operatorias en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2, durante el año 2018.61;Error! Marcador no definido.

Tabla 9: Características quirúrgicas de las pacientes post operadas de prolapso genital según necesidad de transfusión sanguínea en el servicio de gineco- obstetricia del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2, durante el año 2018..... 62;Error! Marcador no definido.

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características clínico-quirúrgicas de pacientes post operadas de prolapso genital atendidas en el servicio de ginecoobstetricia en el Hospital de la amistad Perú - Corea Santa Rosa II-2 Piura en el periodo de Enero a Diciembre del 2018. **Metodología:** Es un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. **Material y métodos:** La población conformada por una muestra de 150 pacientes con diagnóstico de Prolapso Genital post operadas en el Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Santa Rosa II-2 Piura, en el periodo Enero a Diciembre del 2018, para determinar las características clínicas (incontinencia urinaria, síntomas miccionales, sensación de masa, dispareunia, incontinencia fecal, infección del tracto urinario) y quirúrgicas (tipo de prolapso genital, tipo de intervención quirúrgica, tipo de anestesia, grado de prolapso genital, complicaciones post operatorias, transfusión sanguínea, tiempo de estancia hospitalaria). **Resultados:** se encontró que de los 150 pacientes en estudio, el 12.7% fueron post operadas de prolapso genital en los meses de noviembre a diciembre respectivamente, el grado de prolapso genital grado II (46.5%), seguido del grado III (31.0%), características clínicas el síntoma miccional, disuria es el más prevalente (52.1%), seguido de la incontinencia urinaria (33.8%), intervenciones quirúrgicas más frecuentes, la Histerectomía vaginal es la más prevalente (59.2%), seguido de la colpografía anteroposterior (43.7%), el diagnóstico pre operatorio más prevalente fue el cistocele (31.0%), seguido por el histerocele (22.5%), el tiempo de estancia hospitalaria en la mayoría de las pacientes fue de 2 días (53.5%), las complicaciones post operatorias, la de mayor prevalencia el Hematoma (38.0%), seguido de la infección de cúpula vaginal (23.9%), tipo de anestesia, la de mayor prevalencia es la anestesia regional (85.9%), seguido de la anestesia general balanceada (14.1%), respecto a la necesidad de transfusión sanguínea, la mayoría no requería (78.9%), los que sí requirieron (21.1%). **Conclusiones:** Se encontró que la mayor prevalencia ocurrió en los meses de noviembre a diciembre en el año 2018 y el más alto porcentaje de mujeres presentó prolapso genital grado II y III, se observó que dentro de las características clínicas el síntoma miccional, disuria es el más prevalente, seguido de la incontinencia urinaria. Asimismo dentro de las intervenciones quirúrgicas Histerectomía vaginal es la más prevalente, seguido de la colpografía anteroposterior, entre el abordaje vaginal vs abordaje abdominal, el abordaje vaginal es el más prevalente. Se encontró en el estudio que el diagnóstico pre operatorio más prevalente fue el cistocele, seguido por el histerocele, el tiempo de estancia hospitalaria en la mayoría de las pacientes fue de 2 días, las complicaciones post operatorias, la de mayor prevalencia el Hematoma, seguido de la infección de cúpula vaginal, el tipo de anestesia más empleado anestesia regional, la

mayoría no requirió transfusión sanguínea, la clasificación de prolapso genital más empleada actualmente POP-Q.

Palabras clave: características clínicas, características quirúrgicas, prolapso genital.

ABSTRACT

Objective: To determine the clinical-surgical characteristics of post-operated patients with genital prolapse treated in the gynecology-obstetric service at the Hospital of Friendship Peru - Korea Santa Rosa II-2 Piura from January to December 2018. **Methodology:** It is an observational, descriptive, retrospective and cross-sectional study. **Material and methods:** The population consists of a sample of 150 patients diagnosed with genital prolapse after surgery at the Gynecology and Obstetrics Service of the Santa Rosa II-2 Piura Hospital, from January to December 2018, to determine the clinical characteristics (urinary incontinence, voiding symptoms), sensation of mass, dyspareunia, fecal incontinence, urinary tract infection) and surgical (type of genital prolapse, type of surgical intervention, type of anesthesia, degree of genital prolapse, post-operative complications, blood transfusion, length of hospital stay). **Results:** It was found that of the 150 patients under study, 12.7% were post-operated for genital prolapse in the months of November to December, respectively, grade II genital prolapse (46.5%), followed by grade III (31.0%), characteristics Clinical symptoms: micturition, dysuria is the most prevalent (52.1%), followed by urinary incontinence (33.8%), most frequent surgical interventions, vaginal hysterectomy is the most prevalent (59.2%), followed by anteroposterior colporrhaphy (43.7%), the most prevalent preoperative diagnosis was cystocele (31.0%), followed by hysterocele (22.5%), the time of hospital stay in the majority of patients was 2 days (53.5%), post-operative complications, the most prevalent was Hematoma (38.0%), followed by vaginal vault infection (23.9%), type of anesthesia, the most prevalent is regional anesthesia (85.9%), followed by balanced general anesthesia (14.1%), about the need for blood transfusion, most did not require (78.9%), those that did (21.1%).

Conclusions: It was found that the highest prevalence occurred in the months of November to December in 2018 and the highest percentage of women presented genital prolapse grade II and III, it was observed that within the clinical features the micturition symptom, dysuria is the most prevalent, followed by urinary incontinence. Also within the surgical interventions vaginal hysterectomy is the most prevalent, followed by anteroposterior colporrhaphy, between the vaginal approach vs abdominal approach, the vaginal approach is the most prevalent. The study found that the most prevalent pre-operative diagnosis was cystocele, followed by the hysterocele, the time of hospital stay in the majority of the patients was 2 days, the post-operative complications, the most prevalent the Hematoma, followed of vaginal vault infection, the type of anesthesia most used

regional anesthesia, most did not require blood transfusion, the classification of genital prolapse most commonly used POP-Q.

Key words: clinical characteristics, surgical characteristics, genital prolapse.

INTRODUCCIÓN

Los prolapsos genitales son un grupo de procesos caracterizados por el descenso de los órganos pélvicos a través de la vagina, estos trastornos son un grupo conocido de procesos patológicos clínicos en mujeres, que, si bien no ponen en peligro la vida, imponen una importante carga de restricciones físicas y sociales, depresión y otras secuelas psicológicas, además de afectar la calidad de vida. El prolapso de órganos pélvicos se constituye en una de las indicaciones más frecuentes de cirugía ginecológica y se calcula que se ha realiza más de 5 millones de procedimientos cada año en Estados Unidos. En México un 11% de todas las mujeres a lo largo de su vida requieren una intervención quirúrgica por trastornos del piso pélvico.

El prolapso de órganos pélvicos a menudo no se hace sintomático hasta que el segmento descendido atraviesa el introito, y en otras ocasiones no se reconoce hasta que está en etapa avanzada, por lo cual es necesaria la realización de tratamiento quirúrgico. Entre las consecuencias de las disfunciones del piso pélvico se destacan tres: incontinencia de orina, incontinencia fecal y prolapso genital que pueden ulcerarse y sangrar.

El tratamiento quirúrgico va a variar dependiendo de los síntomas, el tipo de cirugía variará dependiendo del tipo de prolapso, estado general del paciente además de la preferencia y experiencia del cirujano, la repercusión puede resultar siempre impredecible, y empeorar los síntomas, o causar nuevos síntomas.

Dentro de las principales complicaciones durante el manejo postoperatorio se destacan: Dispareunia, hematuria, infección del tracto urinario, síndrome miccional, fistula, dehiscencia, entre otros. Por ello se considera importante la realización de este trabajo de investigación, el cual tendrá como objetivo principal determinar las características clínico-quirúrgicas de pacientes pos operadas de prolapso genital atendidas en el servicio de ginecoobstetricia en el Hospital de la amistad Perú - Corea Santa Rosa II-2 Piura en el periodo de Enero a Diciembre del 2018, pues consideramos de suma importancia el tema debido a las repercusiones sociales, psicológicas, morales y éticas de las mujeres en nuestra población y la tasa de incremento del mismo en los últimos años.

I. ASPECTOS DE LA PROBLEMÁTICA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.

El prolapso genital femenino es una de las patologías quirúrgicas más frecuentes en ginecología, considerándose un problema mayor de salud, al afectar a gran porcentaje de la población femenina (se ha encontrado hasta en 50% de las mujeres multíparas), y los síntomas alteran en gran medida la calidad de vida de las pacientes. (1)

Se estima que por año en Estados Unidos se realizan aproximadamente 200,000 cirugías relacionadas a esta causa. Entre un 7.5% a 14% de las histerectomías tienen como causa prolapso de órganos pélvicos (POP), así mismo tiene una prevalencia estimada entre un 43 a 76% de la población femenina general, constituyendo un problema de salud pública. (Peter Dietz & Guzmán Rojas, 2013). (2)

Se desconoce el número de mujeres con prolapso de órganos pélvicos que se atienden sin hospitalización y cirugía, y el número de las que nunca buscan atención médica; por lo tanto, se cree que hay una subestimación de la incidencia y prevalencia. (ANTONIO J. GARCÍA LÓPEZ, 2012). (3).

La incidencia de cirugía por este tipo de prolapso aumenta con la edad. Se estima que el riesgo de tener alguna intervención por esta causa a los 80 años es de un 11,1 % y que el riesgo de re operación es de un 30 %.(4) Debido al aumento de la expectativa de vida de la población en EE. UU, se estima que el año 2030, el 20 % de la población será mayor de 65 años, por lo tanto, el volumen de cirugías por prolapso de órganos pélvicos (POP) aumentaría en forma significativa (45 %). (5)

La misma situación se espera que suceda en Chile, donde según datos publicados por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), para el año 2025 el 20,1 % de la población será mayor de 60 años. (6)

En Perú la prevalencia, en las pacientes mujeres en Lima y en la población en general, no ha sido establecida la epidemiología de los trastornos del piso pélvico, se han encontrado publicados pocos estudios internacionales que abarcan este problema, aun así se estima que la población femenina representa 49.9% de la población, mientras que hasta los 44 años el porcentaje de mujeres es levemente inferior al de los varones, de los 45 años en adelante, se invierte esta situación y a medida que avanza la edad se produce una tendencia creciente de la población femenina. (7)

De esta forma, las mujeres representan el 50.2% a partir de los 45 años, y 58.4% a partir de los 80 años; la población adulta se incrementa cada vez más, calculándose que para el año 2050 represente un gran aumento.

En Piura, tenemos al Hospital de apoyo Perú Corea II-2 Santa Rosa, durante el año 2011-2012 se realiza un estudio de investigación sobre el tema, en el que se muestra como principal diagnóstico preoperatorio más predominante al rectocele con un 25.83%(8)

Dicho nosocomio, tiene una gran población bajo jurisdicción de atención directa que incluye los - Asentamientos Humanos del sector oeste de Piura, como Santa Rosa, San Martín, Micaela Bastidas, San Sebastián, Santa Julia y Nueva Esperanza. Además, tiene bajo responsabilidad indirecta la población correspondiente a la Micro Red de Piura y Castilla, así como las Micro redes del Bajo Piura, la Micro red de Huancabamba y Micro red de Huarmaca.

Aproximadamente un tercio de las pacientes que son atendidas ambulatoriamente en el consultorio de Ginecología del Hospital II-2 Santa Rosa de Piura, son mujeres en etapa pre o post menopáusica, anualmente se realiza un número importante de intervenciones relacionadas con prolapso genital, ya sean colporrafias anteriores y posteriores o histerectomías vaginales. Durante el año 2017 se reportó un aumento de intervenciones con respecto a años anteriores, siendo un total de 3822 operaciones, lo cual constituye 2.5 veces más que años anteriores. (8)

Muchas de estas pacientes acuden al hospital luego de una larga y paciente evaluación pre quirúrgica, como un último recurso para paliar los síntomas propios de la enfermedad pues mayormente son personas de escasos recursos económicos o no tienen acceso a ningún tipo de seguro médico.

El tratamiento quirúrgico va a variar dependiendo de los síntomas, el tipo de cirugía variará dependiendo del tipo de prolapso, estado general del paciente además de la preferencia y experiencia del cirujano, la repercusión puede resultar siempre impredecible, y empeorar los síntomas, o causar nuevos síntomas, además se estima que, el 30% de las mujeres tratadas quirúrgicamente por prolapso, repite la cirugía más de una vez, por lo que la primera operación realizada correctamente debe ofrecer la mejor garantía a largo plazo.(9)

Es por ello que se consideró importante abordar en este estudio las principales características clínicas y quirúrgicas de las pacientes post operadas de prolapso genital en este nosocomio, ya que existen estudios que determinan ciertos métodos de intervención quirúrgica sobre otros, más usados y los cuales resultan ser más eficaces, es así que surge la siguiente pregunta de investigación.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

1.2.1. Problema General.

¿Cuáles son las características clínico-quirúrgicas de las pacientes post operadas de prolapso genital atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del hospital de la amistad Perú – Corea II-2 Santa Rosa Piura en el periodo de enero a diciembre del 2018?

1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.

El prolapso de órganos pélvico es un problema de salud muy importante, considerado como la tercera indicación más frecuente para histerectomía. Esta patología tiene su origen en diversos factores que van a predisponer al desarrollo de la misma como son la paridad (embarazos que terminaron en partos eutócicos), la obesidad, edad avanzada, entre otras. Estos factores van a producir debilidad en el piso pélvico ya sea por acción directo o indirecta.

El tratamiento de dicha enfermedad va a depender fundamentalmente del grado de severidad y la presencia o recurrencia de síntomas asociados a esta patología, siendo la primera opción en estadios iniciales el tratamiento conservador mediante ejercicios kegel y medidas dietéticas, así como el uso dispositivo mecánicos como los conos vaginales que ayudaran a aumentar la firmeza del piso pélvico. En cuanto a los estadios más avanzados, en los cuales las pacientes cursan con síntomas que tienen repercusión en la calidad de vida, y en las que el tratamiento conservador no ha sido efectivo, el tratamiento fundamentalmente es quirúrgico habiendo diferentes técnicas según el tipo de prolapso.

Por estas razones, y considerando que el Hospital II-2 Santa Rosa es el único hospital del Ministerio de Salud en Piura de mayor complejidad, hacia donde convergen la mayor parte de pacientes con esta patología, se ha considerado pertinente la realización de un trabajo de investigación sobre el tema en nuestro medio.

Desde el punto de vista social y psicológico, uno de los grandes problemas que se debe enfrentar es la alta tasa de recurrencia que se presenta luego del tratamiento quirúrgico, de esta condición, implica un fuerte impacto en la calidad de vida de estas mujeres. Debido a los síntomas y a la imagen corporal que se producen en esta condición como son la incontinencia urinaria en sus diferentes grados y la dispareunia, produciendo repercusión en la calidad de vida tanto en la mujer como en su pareja.

Desde el punto de vista económico, el plantear estrategias preventivas promocionales, incide en la economía familiar e institucional, pues a mayor estancia hospitalaria mayores gastos, debido a que

estas pacientes gastan miles de soles en una cirugía reparativa que en muchas ocasiones no dan el resultado deseado produciendo recurrencias de la enfermedad.

Desde el punto de vista científico, porque se generarán evidencias, que constituyen un valioso aporte para establecer guías estandarizadas de atención, que permitan el monitoreo continuo de su cumplimiento. Además, estas evidencias servirán de referente para otros estudios que se deseen realizar en esta línea de investigación.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo general

- Determinar las características clínico-quirúrgicas de pacientes pos operadas de prolapso genital atendidas en el servicio de ginecoobstetricia en el Hospital de la amistad Perú - Corea Santa Rosa II-2 Piura en el periodo de Enero a Diciembre del 2018.

1.4.2. Objetivos específicos

- Determinar la incidencia de pacientes post operadas de prolapso genital atendidas en el servicio de ginecoobstetricia en el Hospital de la amistad Perú - Corea Santa Rosa II-2 Piura en el periodo de enero a diciembre del 2018.
- Describir las características clínicas: incontinencia urinaria, síndrome miccional, polaquiuria, disuria, nicturia, sensación de masa, infección del tracto urinario, incontinencia fecal, de pacientes pos operadas de prolapso genital atendidas en el servicio de ginecoobstetricia en el Hospital de la amistad Perú - Corea Santa Rosa II-2 Piura en el periodo de enero a diciembre del 2018.
- Describir las características quirúrgicas: tipo de prolapso genital, grado de prolapso genital, tipo de intervención quirúrgica, tipo de anestesia, tiempo de estancia hospitalaria, complicaciones postoperatorias, necesidad de transfusión sanguínea de pacientes post operadas de prolapso genital atendidas en el servicio de ginecoobstetricia en el Hospital de la amistad Perú - Corea Santa Rosa II-2 Piura en el periodo de enero a diciembre del 2018.

1.5. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

- El presente trabajo de investigación se realizó en base a las pacientes post operadas de Prolapso Genital en el Servicio de Ginecoobstetricia en el Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2, Piura – Perú, en el periodo enero-diciembre del 2018.
- Se realizó durante un periodo de 1 año (enero- diciembre del 2018), revisando las historias clínicas de las pacientes post operadas de Prolapso Genital en el Servicio de Ginecoobstetricia en el Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2, Piura – Perú, en el periodo enero-diciembre del 2018.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

Antecedentes Internacionales:

En España, Carrillo Izquierdo M. (2017) en su trabajo de investigación titulado: “Estudio sobre la prevalencia e impacto de suelo pélvico en mujeres con fibromialgia respecto a sujetos control”. Se realizó una encuesta dirigida a pacientes con fibromialgia y a mujeres control procedentes de la población general que incluía los siguientes elementos: datos sociodemográficos y clínicos, una lista de síntomas relacionados con la disfunción del suelo pélvico, En el estudio participaron 226 mujeres con fibromialgia y 220 mujeres del grupo control. Doscientas veinte mujeres con fibromialgia (97,3%) y 140 mujeres control (63,1%) refirieron padecer síntomas relacionados con la disfunción del suelo pélvico, Tanto el malestar como el impacto causados por los síntomas de la disfunción del suelo pélvico fueron significativamente mayores entre las mujeres con fibromialgia que en las controles, La calidad de vida fue significativamente mejor en los controles que en las pacientes con fibromialgia, Los trastornos del sueño estuvieron presentes en el 91,8% de las pacientes con fibromialgia y en el 42,2% de las controles.

De los resultados mencionados se puede concluir que los síntomas relacionados con la disfunción del suelo pélvico son muy frecuentes entre las pacientes con fibromialgia con una prevalencia significativamente superior a la de las mujeres de la población general. (31)

En Ecuador, Silva Delgado J, (2016) en su estudio de investigación titulado: “Características epidemiológicas de las pacientes diagnosticadas de prolapso de órgano pélvico en la “unidad municipal de salud sur” en el periodo 2009-2015” cuyo objetivo fue determinar las características epidemiológicas de las pacientes diagnosticadas de prolapso de órganos pélvicos en la UMSS en los años 2009 al 2015 y conocer el impacto que tienen dichas características en la patología. Se trata de un estudio de tipo cross sectional con recolección retrospectiva de la información de índole

descriptiva donde la muestra corresponde al universo de pacientes atendidas en el servicio de ginecología Resultados: Se lograron identificar un total de 96 registros de pacientes con POP en la UMSS en los años del 2009 al 2015 en los cuales se evidencia 8 registros que no contaban con el estadiaje del grado de prolapso, por lo que estos fueron descartados para el análisis multivariantes propuesto en este estudio. La edad promedio fue 55 años, siendo el grupo etario más afectado las edades de 46-65 años, 81% de la población fue mestiza, 74% presenta parto normal, el 39% presento prolapso de tipo III, 41% de la población el tiempo de evolución del cuadro fue de más de tres años, un IMC promedio de 29.54, con un promedio de 6 partos. El aborto se presentó en promedio de 0.7. Con hijos recién nacidos con promedio al nacer de 3800 gr, la edad promedio del primer parto de 20 años, la edad promedio del último parto de la población fue de 34.6, con un 72% de ausencia de antecedente familiar. Conclusiones: En relación a las características de la población existen claras diferencias y similitudes con la literatura conocida. En la asociación entre el prolapso de órgano pélvico y el antecedente familiar el impacto en la severidad del cuadro es muy bajo. El impacto en la severidad del cuadro de variables como edad de la paciente, paridad, número de abortos, IMC y antecedente familiar varía. Siendo el valor de IMC y la Edad de detección del cuadro las variables más relacionadas con la severidad del cuadro. (32)

En Nicaragua, Medina Carmona D, (2016) en su estudio de investigación titulado: “Factores de riesgo para prolapso de órganos pélvicos en pacientes ingresados al servicio de Ginecología del HEODRA en el periodo mayo 2010-mayo 2011.” El objetivo de este estudio fue determinar los factores de riesgo para prolapso de órganos pélvicos en pacientes ingresados al servicio de Ginecología del HEODRA en el periodo mayo de 2010-mayo de 2011. Se realizó un estudio de casos y controles, incluyendo a pacientes que fueran diagnosticadas como prolapso de órganos pélvicos y pacientes ingresadas por otra causa, obteniéndose una muestra de 176 pacientes, de los cuales 88 corresponden a casos y 88 a controles, Se realizó análisis de: distribución de frecuencias, se les calculó OR crudo, OR ajustado e intervalo de confianza al 95%, y porcentaje de riesgo atribuible. Resultados: La mayoría de las pacientes son mayores de 40 años, amas de casa, casadas o en unión libre, del sector urbano y con baja escolaridad.

En cuanto a factores de riesgo se encontraron; la paridad mayor o igual a 2 OR ajustado de 10.98 y un IC95% 2.99 - 40.22, con un %RA= 90.89 y la edad mayor o igual a 40 años con un OR ajustado de 4.83 y un IC95% 1.75 - 13.27 con un %RA= 79.3. Conclusiones: Los factores de riesgo de POP fueron: paridad mayor o igual a 2 y edad mayor o igual a 40. (33)

En Ecuador, Loja Banchon Rodriguez M, (2016) en su estudio de investigación titulado:” Factores de riesgo y complicaciones del prolapso urogenital en edades entre 50 y 55 años. Hospital Enrique c. Sotomayor 2014” Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y epidemiológico. Cuyo objetivo fue: Determinar la prevalencia, los principales factores de riesgo y complicaciones de

prolapso urogenital en pacientes entre 50 – 55 años en el Hospital Enrique C. Sotomayor. Se incluyó a todo el grupo poblacional femenino entre los 50 y 55 años de edad que acudió al servicio de consulta externa/ambulatoria del Departamento de Ginecología de la Maternidad Enrique C Sotomayor desde el 1 de enero de 2014 hasta el 31 de diciembre de 2014. Se revisaron las historias clínicas de las mujeres incluidas en el estudio para confirmar los criterios de selección de las participantes, así como el diagnóstico correcto por CIE10 y la clasificación de la enfermedad, y se evaluaron los factores de riesgo relacionados con la aparición de prolapso genital: rango de edad 50 a 55 años, cirugía pélvica previa, estreñimiento, multiparidad, obesidad (34)

En Ecuador, Samaniego Armijos S. (2014) en su estudio de investigación titulado: “Parto vaginal en relación con el prolapso de órganos pélvicos, en el servicio de gineobstetricia del hospital Isidro ayora- Loja”. El universo estuvo conformado por 3866 pacientes que ingresaron al servicio de ginecología y obstetricia, la muestra estuvo constituida por 43 pacientes, se aplicó una ficha de recolección de datos a las historias clínicas de cada una, para conocer los datos relevantes en este estudio; concluida la investigación se estableció que el 100% de las pacientes con prolapso de órganos pélvicos tuvieron partos vaginales. Las pacientes que oscilan entre los 30 a 64 años representan el 67,4% de la población afectada, siendo así el grupo mayoritario con estas patologías, además de haberse estimado a los 62 años como edad promedio de diagnóstico en las usuarias con prolapso de órganos pélvicos. En el desarrollo del prolapso de órganos pélvicos, el parto vaginal constituye la principal causa, seguida de causas asociadas como edad avanzada con un promedio de 62 años y multiparidad constituyendo el 53,5% de las afectadas. Gracias a esta información se puede tener evidencia de cómo se propicia esta enfermedad a nivel local, y así generar estudios más profundos en nuestra población. (35)

Antecedentes Nacionales:

En Perú, Lima. Tafur Villacorta J (2018), en su estudio de investigación titulado: “Paridad, obesidad y edad avanzada como factores asociados a prolapso genital de órganos pélvicos en pacientes atendidos en el Hospital Central F.A.P. durante el periodo Julio 2016 a Junio 2017”. Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, analítico, cuantitativo, tipo casos y controles. Se obtuvo el número de la muestra con el método simple, teniendo como resultado a 160 pacientes seleccionados aleatoriamente y agrupados en dos grupo: 80 casos (pacientes con diagnóstico de prolapso genital) y 80 controles (pacientes sin el diagnóstico de prolapso genital) recolectando información de las historias clínicas mediante una ficha de datos elaborada. Resultados: la edad avanzada (edad ≥ 60 años) presentó asociación como factor de riesgo para prolapso genital con OR 8.429 (IC 95% 4.144 – 17.144) con valor de $P < 0.001$. La paridad también presentó asociación, dentro de las cuales las gran multiparas (≥ 5 partos) y las multiparas (2 a 4 partos) obtuvieron OR: 11.205 IC 95% (3.740-33.568) con valor de $P < 0.001$ y OR: 3.136 IC 95% (1.153-8.531) con valor

de $P=0.026$ respectivamente. La obesidad ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) también resultó ser un factor de riesgo con un OR de 7.697 (IC 95% 3.779 – 15.674) con valor de $P < 0.001$. Conclusión: la edad avanzada (mujeres con edad ≥ 60 años), la multiparidad, la gran multiparidad y la obesidad ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) son factores de riesgo para el desarrollo de prolapso genital de órganos pélvicos. (36)

En Iquitos. Chung Rengifo A. (2017), en su estudio de investigación titulado: “Complicaciones de histerectomía según vía de abordaje abdominal versus vaginal en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital III Essalud Iquitos en el año 2016” Se revisó la información de 141 casos de histerectomía durante el periodo 2016 en el Hospital III EsSalud Iquitos, donde las personas con casos de histerectomía, presentaron un promedio de edad de 46.78 ± 10.43 años. Se obtuvo una frecuencia promedio por trimestre de 34 ± 5.6 casos de histerectomía en el área de ginecología y 1.3 ± 1.0 casos de histerectomía en el área de obstetricia, donde el tipo de abordaje abdominal fue el que obtuvo un mayor porcentaje de casos (85.82%) en comparación con tipo de abordaje vaginal (14.18%). La vía de abordaje abdominal presentó mayor número de complicaciones (19%), mientras que la vía de abordaje vaginal, presentó menor número de complicaciones (15%) según las respectivas vías de abordajes. Se determinó que el tiempo quirúrgico promedio fue de aproximadamente una hora y media (98.84 ± 13.58 min.), el cual es similar entre los dos tipos de abordaje ($p > 0.05$); asimismo, la estancia hospitalaria promedio fue de aproximadamente 3.41 ± 0.2 días siendo también similar entre las dos vías de abordaje ($p > 0.05$). De los tipos de indicaciones registradas en el tipo de abordaje abdominal, la indicación “Miomatosis” fue la que presentó la mayor frecuencia de casos ($p > 0.05$) con un promedio de 12.75 ± 4.65 casos por trimestre; mientras que, de los tipos de indicaciones registradas en el tipo de abordaje vaginal, la indicación “Prolapso total” fue la que presentó la mayor frecuencia de casos ($p > 0.05$) con un promedio de 4.25 ± 0.50 casos por trimestre. Asimismo, se obtuvo una prevalencia de complicaciones de histerectomía de 18.44%. Se recomienda realizar el estudio con un periodo más prolongado (aproximadamente 03 años), con la finalidad de registrar un mejor patrón de la información obtenida. así mismo realizar estudios para evaluar uso de analgésicos y costos entre ambas histerectomías, asimismo utilizar anestesia epidural por catéter. (37)

En Trujillo, Caffo Aguilar R. (2017) en su estudio de investigación titulado: “Paridad y tipo de parto como factores de riesgo asociados a prolapso genital en pacientes del servicio de ginecología del hospital regional docente de Trujillo, julio - diciembre 2016”. Cuyo Objetivo: Determinar la paridad y el tipo de parto como factores de riesgo asociados a prolapso genital en pacientes mujeres atendidas en servicio de Ginecología, Se llevó a cabo un estudio de tipo analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. La población de estudio estuvo constituida por 105 mujeres en edad reproductiva; quienes se dividieron en 2 grupos: con y sin prolapso genital. Resultados: Se apreciaron diferencias significativas entre los grupos de estudio en relación al tipo de parto y la paridad. La frecuencia de mujeres con paridad mayor o igual a 2 con prolapso genital fue de 97.1%.

La frecuencia de paridad mayor o igual a 2 sin prolapso genital fue de 71.4%. La paridad es factor de riesgo asociado a prolapso genital con un odds ratio de 13.6 el cual fue significativo. Para el tipo de parto, se aprecia diferencia significativa reportando un odds ratio de 3.33 el cual también fue significativo.

Conclusiones: La paridad y el tipo de parto son factores de riesgo para prolapso genital en el Hospital Regional Docente de Trujillo. (38)

En Huancayo. Jorgue Lymaymanta F. (2016), en su estudio de investigación titulado: “Frecuencia del trastorno pélvico en pacientes del hospital nacional madre-niño “san bartolome” junio-setiembre 2015”. Cuyo objetivo fue: Determinar la frecuencia del trastorno de piso pélvico, en pacientes mujeres que asistieron al Hospital Nacional Madre Niño. El presente trabajo es un estudio Cuantitativo, observacional, no experimental, tipo Descriptivo de corte transversal; se aplicará el "cuestionario de epidemiología de prolapso e incontinencia" EPIQ utilizando el muestreo por conveniencia en alrededor de 1 00 pacientes mujeres hospitalizadas. Se expone la frecuencia de las edades de las 86 mujeres evaluadas dentro del cual 53 con patología del suelo pélvico: 5,7% mujeres menores de 25 años; 37,7% mujeres de 25 a 39 años; 34% mujeres de 40 a 54 años; 22,6% mujeres de 55 a 69 años. Asimismo, presentan dicho trastorno el 80% de las mujeres evaluadas entre 55 y 65 años. También se evidencia que a mayor número de partos aumenta el porcentaje en cada patología, la frecuencia es alta para incontinencia urinaria de esfuerzo 53,5% seguida de vejiga hiperactiva 24,4% y prolapso de órganos pélvicos fue 22,1%. CONCLUSIÓN: Las alteraciones que más se relacionaron con trastorno de piso pélvico fue la incontinencia urinaria de esfuerzo y la vejiga hiperactiva y respecto a las asociaciones con 2 de trastornos de piso pélvico en este estudio tuvieron el mismo porcentaje, la incontinencia urinaria al esfuerzo más vejiga hiperactiva y la asociación de incontinencia urinaria de esfuerzo más prolapso de órganos pélvicos; y acerca sobre las asociaciones con 3 trastornos de piso pélvico fue el más alto en este estudio: incontinencia urinaria de esfuerzo más prolapso de órganos pélvicos más vejiga hiperactiva.(39)

En Tacna. Gutierrez Gutierrez P. (2016), en su estudio de investigación titulado. “Características clínicas y factores de riesgo asociados a prolapso genital en pacientes atendidas en consulta externa de ginecología del hospital II Ramón Castilla de Lima en el periodo 2012-2015” , El objetivo del estudio fue determinar las características clínicas y factores de riesgo asociados a prolapso genital. Se realizó un estudio retrospectivo de casos y controles con 322 casos y 966 controles. Los resultados hallados fueron: La mayoría de pacientes con prolapso genital tenían una edad entre 41-50 años (31,7%), nivel instrucción secundaria (39,4%) y eran multigestas (96,8%). Los síntomas más frecuentes fueron sensación de masa en genitales (74,2%) e incontinencia urinaria (71%). El tipo más frecuente fue el Cistocele (61%) y el grado II (80,8%).

Recomendaciones: Promover la evaluación y fortalecimiento del Programa de Planificación Familiar, poniendo énfasis en sugerir a las pacientes en tener como máximo 3 hijos para disminuir la frecuencia de prolapso genital. (40)

Antecedentes Locales:

En Piura, Giron Chavana D. (2013) en su estudio de investigación titulado: “características clínico-quirúrgicas del prolapso genital en el hospital II-2 Santa Rosa Piura 2011–2012”. El objetivo general del estudio fue: Identificar las características clínicas y quirúrgicas de las pacientes intervenidas por prolapso genital en el Hospital II-2 Santa Rosa de Piura. Como conclusiones se tiene: La edad de mayor presencia del prolapso, se halla comprendida entre los 40 a más de 60 años, donde se ubica al 90% de la población femenina con prolapso genital, sin embargo, el 36.67% que sufrieron prolapso se encuentra entre los 50 a 59 años de edad.

De otro lado, el más alto porcentaje de mujeres presentó prolapso genital grado I, en ese mismo rango de edades, hubo un bajo porcentaje de mujeres con prolapso genital grado II.

Los porcentajes más altos están las que tienen primaria completa con 21.67%, seguido de las mujeres que tienen secundaria completa con 20.83%. Del tipo de parto predominante, (10 pacientes no han tenido hijos) el 83.33% tuvo partos vaginales y el 16.67% tuvo parto por cesárea, de estos porcentajes se tiene que el 66.67% de ellas tuvieron prolapso grado I cuando el parto fue vaginal.

El 45.83% de las mujeres tenían de 1 a 3 hijos, el 35% tenían entre 4 a 6 hijos, el 10.83% tenían más de seis hijos.

La ocupación como factor social, en este campo el prolapso se presentó en todo tipo de condición laboral, con mayor porcentaje en las amas de casa con 56.67%, seguidas de las empleadas con 30% de casos.

2.2. BASES TEÓRICAS.

2.2.1. DEFINICIÓN DEL PROLAPSO GENITAL:

Podemos hablar del prolapso genital en forma anatómica como el descenso de alguno de los órganos pélvicos (vejiga, útero, cúpula vaginal, recto) dentro o más allá de la vagina, periné o canal anal (12).

2.2.2. EPIDEMIOLOGÍA DEL PROLAPSO GENITAL:

El prolapso de órganos pélvicos femenino (POP) es una de las indicaciones más comunes dentro de las cirugías ginecológicas. Se estima en los Estados Unidos que 200.000 cirugías por año son realizadas por esta causa. Entre un 7,5-14% de las histerectomías realizadas tiene como causa

el POP (1). El estudio Women's Health Initiative (WHI) describe que un 41% de mujeres no hysterectomizadas y el 38% de las mujeres hysterectomizadas tenían algún tipo de prolapso (2). En este mismo trabajo, el prolapso del compartimento anterior siempre fue el más frecuente, tanto en mujeres nulíparas como en multíparas y en mujeres hysterectomizadas versus las no hysterectomizadas. La incidencia de cirugía por POP aumenta con la edad. Se estima que el riesgo de tener alguna intervención por ésta causa a la edad de 80 años es de un 11,1% y que el riesgo de re-operación es de un 30%. Dado que la expectativa de vida de la población en EE.UU. ha ido aumentando, se estima que el año 2030 el 20% de la población será mayor a 65 años, por lo tanto el volumen de cirugías por POP aumentaría en forma significativa (45%) (1). La misma situación se espera que suceda en Chile, ya que según datos publicados por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), para el año 2025 el 20,1% de la población será mayor de 60 años (3). La incidencia y prevalencia del POP es difícil de estimar, dado que éste sólo se torna sintomático una vez que se exterioriza desde el introito.

Es importante considerar que la prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres en el período reproductivo llega aún 40% y sube a un 50% en el período post reproductivo (4). La incontinencia anal se encuentra entre 6-28% de la población femenina en los Estados Unidos (5, 6). Por último, la asociación entre incontinencia de orina e incontinencia anal llega a un 9% (7).

Estos últimos elementos son importantes de tener en cuenta al enfrentar una paciente con POP, ya que no se debe pasar por alto la patología de la vía urinaria y rectal dado el alto porcentaje de asociación entre ellos.

Estas son patologías comunes en la población general femenina. Al analizar el prolapso genital podemos distinguir el prolapso de pared anterior y/o posterior de vagina y el prolapso uterino, o de cúpula vaginal en las pacientes hysterectomizadas.

Actualmente no existe una definición exacta de esta patología debido a la falta de criterios que distingan entre el soporte normal y patológico del tracto genital en la población (13), esto dado principalmente por la gran frecuencia con que se encuentra en pacientes asintomáticas (14) y a la falta de una buena descripción de la distribución del soporte normal del tracto genital en la población general femenina. La mayoría de las veces estos defectos no ocurren en forma aislada, sino que se combinan (15). Es así como a una gran parte de las pacientes que se someten a cirugía se les realiza más de un procedimiento (16,17).

La prevalencia exacta del prolapso genital se desconoce, lo que se debe en gran parte a la falta de una definición exacta de esta patología, ya que los distintos estudios de prevalencia publicados varían en la definición usada, lo que dificulta su comparación y el obtener una cifra en común. Usando como base la clasificación actualmente más aceptada (POP-Q) que estipula 4 estadios de

prolapso, de acuerdo al descenso de éste con respecto al himen, se ha intentado describir la distribución del soporte del tracto genital en la población.

Swift nuevamente hace hincapié en la necesidad de definir bien esta patología, para lo cual debe tomarse en cuenta la sintomatología y su relación con el nivel de soporte existente, ya que en general ésta es una patología que presenta poca morbilidad y casi sin mortalidad, afectando más que todo la calidad de vida.

2.2.3. ANATOMÍA DEL PISO PÉLVICO

Para poder entender bien la etiopatogenia propuesta para la generación del prolapso genital, es necesario tener bien en claro las distintas relaciones anatómicas de los órganos pélvicos y sus sistemas de soporte. El piso pélvico es una estructura muy compleja que se encuentra adherido a los huesos y músculos de la pelvis, sosteniendo los distintos órganos pélvicos y está constituido principalmente por peritoneo, vísceras (a través de sus propias estructuras de soporte como los ligamentos úterosacros y cardinales), fascia endopélvica, el músculo elevador del ano (con la fascias que lo cubren formando el diafragma pélvico), la membrana perineal y los músculos genitales superficiales.

El músculo elevador del ano cumple un papel fundamental en el soporte pélvico, el que a través de sus porciones iliocoxígea y coxígea forma una capa relativamente horizontal de un lado de la pelvis al otro. Su porción pubocoxígea envuelve desde el pubis a los órganos pélvicos formando el hiato pélvico. El tono constante del músculo elevador del ano mantiene a los distintos órganos pélvicos en suspensión. Por su parte, la vagina constituye una estructura fibromuscular tubular compuesta por cuatro capas, las cuales en orden de adentro hacia afuera son: un epitelio escamoso estratificado, no keratinizado y no secretor, una lámina propia o subepitelio compuesta por colágeno y elastina, una capa muscular compuesta de músculo liso y pequeños acúmulos de colágeno y elastina (subdividida en una capa circular interna y una longitudinal externa) y finalmente una adventicia la cual se encuentra en una matriz extracelular compuesta por colágeno, fibras elásticas, músculo liso, glicoproteínas y microfibras que se encuentran ancladas en la matriz extracelular a través de polisacáridos. La vagina se une a la fascia parietal del elevador del ano a través de este tejido conectivo llamado la fascia endopélvica y se ubica horizontalmente sobre los músculos del piso pélvico no provocando tensión sobre los ligamentos que la soportan. La pérdida de la tensión o el daño de estos músculos provocan que se abra el hiato pélvico y de esta forma los órganos pélvicos queden suspendidos por las estructuras ligamentosas. La tensión crónica sobre estas estructuras puede resultar en prolapso. La fascia endopélvica rodea al cérvix y la vagina,

fijándolos a ambos costados en las paredes pélvicas (llamada parametrio a nivel del útero y paracolpium, a nivel de la vagina). (18)

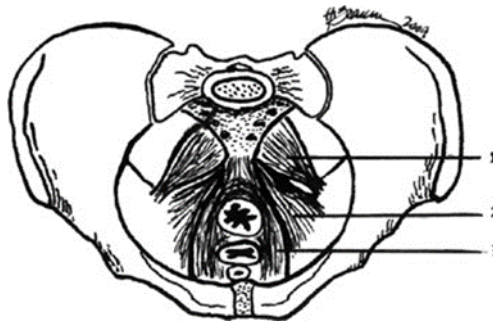


Figura 1. Diafragma pélvico: 1 Músculo coccígeo, 2 Músculo Ileococcígeo, 3 Músculo Pubococcígeo. Los dos últimos en conjunto forman el músculo elevador del ano.

Traducido de: Pelvic Floor Dysfunction. A Multidisciplinary Approach. Editores. G Willy Dávila, Ghamal M Ghoniem, Steven D Wexner. Sección IV Anatomic Correlates. 4-1 Urologic Anatomic Correlates. Pág. 74. Jonathan Jay.

En la cara anterior de la vagina, y a ambos lados de la pelvis, se encuentra una condensación de tejido conectivo llamado el arco tendíneo de la fascia pélvica, el cual es una verdadera estructura tendínea que se distribuye a cada lado entre la cara posterior del pubis, a nivel del ligamento pubovesical hasta la espina isquiática. Su tercio posterior se fusiona con el tercio posterior del arco tendíneo del músculo elevador del ano (19). Se relaciona lateralmente con el músculo obturado interno y medialmente con el peritoneo pélvico. Es una estructura que tiene alrededor de 10 cm. de largo y su importancia radica en que cuando hay daño de las uniones a este arco tendíneo se producen los defectos paravaginales de la pared anterior. A nivel de la cara posterior, la vagina se fusiona directamente con el cuerpo perineal en el tercio distal (2-4 cm. distales), se une al músculo elevador del ano a través de la fascia pélvica en el tercio medio y al paracolpium en su tercio superior (20).



Figura 2. Representación esquemática de la suspensión vaginal desde el arco tendíneo. 1 Músculo obturador, 2 Arco Tendíneo Fascia Pelvis, 3 Fascia pubocervical, 4 Músculo elevador del ano.

Traducido de: Pelvic Floor Dysfunction. A Multidisciplinary Approach. Editores. G Willy Dávila, Ghamal M Ghoniem, Steven D Wexner. Sección IV Anatomic Correlates. 4-1 Urologic Anatomic Correlates. Pág. 74. Jonathan Jay.

El sistema de suspensión se ha dividido en 3 niveles (21). El nivel I corresponde a los ligamentos uterosacros y cardinales que sostienen el útero y la porción superior de la vagina. El nivel II corresponde a la suspensión de la parte media de la vagina unida al arco tendíneo de la fascia pélvica y al músculo elevador del ano y cubierto por la fascia pubocervical (que da soporte a la vejiga) y rectovaginal, por anterior y posterior respectivamente. No se debe confundir estas estructuras (que forman parte de la pared vaginal muscular) con la fascia endopélvica, la cual rodea a la vagina uniéndola a las paredes de la pelvis. El nivel III corresponde al soporte de la parte más caudal de la vagina, en donde ésta se adhiere directamente con la uretra por anterior, el cuerpo perineal por posterior y lateralmente con el músculo elevador del ano, todo lo cual se encuentra en continuidad con el nivel II hacia proximal. De esta forma, el daño en el nivel I puede provocar prolapso uterino o de cúpula vaginal, mientras que el daño en el nivel II y III resulta en prolapso anterior y/o posterior. También se ha convenido que la vagina divide a la pelvis en 3 compartimentos, siendo el anterior el compuesto por uretra y vejiga, el posterior por recto y ano y el medio por la vagina y útero (o cúpula vaginal en pacientes hysterectomizadas). (22)

En cuanto a las relaciones anatómicas con el compartimento anterior, la pared anterior de la vagina se encuentra en su tercio distal en contacto con la uretra, en su tercio medio cercana a la uretra, unión uretrovesical, trigono y porción inferior de la base vesical y en su tercio proximal en relación con el cérvix y porción del fórnix posterior (23).

Anteriormente se hablaba de cistocele cuando había prolapso de vejiga; cistouretrocele, cuando se asociaba además la uretra (ambos en pared anterior); rectocele, cuando había prolapso de recto por pared posterior y enterocele, cuando había prolapso de intestino y peritoneo por alguna de las paredes vaginales. Actualmente se prefiere nombrar solamente el defecto anatómico (uterino o

apical, anterior o posterior) obviando el órgano prolapsado, ya que esto último es inapropiado e impreciso al no hablar del defecto propiamente tal (24) y además que refleja la naturaleza de los compartimentos ya enunciados.

La hipótesis de la hamaca, introducida el año 1994 por De Lancey, divide el soporte de la pelvis en 3 niveles: I) Soporte superior, II) Soporte vaginal medio y III) Soporte vaginal distal o de fusión. Estos 3 niveles están relacionados entre sí y existe un continuo, el cual nunca se debe perder. El daño en los distintos niveles, nos permite comprender de mejor manera la producción del POP. Identificar y comprender la correlación de estos 3 niveles son fundamentales al momento de realizar cirugía reconstructiva por prolapso genital.

Nivel I:

Este nivel está compuesto por el complejo de ligamentos útero sacro cardinal y el anillo pericervical. Daño a este nivel, se asocia a prolapsos del compartimento apical: prolapso uterino, prolapso de cúpula vaginal post histerectomía o enterocele.

Nivel II:

Este nivel está compuesto por el tercio medio de la vagina, específicamente el tabique rectovaginal y fascia pubocervical. Daño a éste nivel producirá prolapsos en el compartimento anterior (cistocele) o del compartimento posterior (rectocele).

Nivel III:

Este nivel está compuesto por el cuerpo del periné y las estructuras que lo conforman: Esfínter anal externo, músculos superficiales del periné y la membrana perineal. Daños a éste nivel se manifiestan como desgarros perineales o cuerpos perineales deficientes.

Se debe comprender que los ligamentos, fascias y el músculo elevador del ano se pueden dañar en diferentes lugares. Es así como lesiones de las fascias a nivel de la línea blanca se conocen como lesiones paravaginales. Las rupturas se pueden producir a nivel central, transverso, tanto a nivel apical como en su inserción a nivel del cuerpo perineal. Por otra parte la lesión del músculo elevador del ano, avulsión, que es más frecuente en su inserción en el pubis anterior derecho, se manifiesta como un aumento del área del hiato urogenital. (25)

2.2.4. ETIOPATOGENIA DEL PROLASO GENITAL

Al analizar la etiología del POP, en general el punto de inicio es una lesión del músculo elevador del ano. Estas lesiones producen un aumento del área del hiato urogenital. Esto a su vez produce estiramiento y ruptura de los elementos de sostén, como son las fascias y los ligamentos. Dependiendo de cuál es la estructura que se rompe, será la manera en que se manifestará el prolapso. Las lesiones de los tejidos pélvicos, la mayoría de las veces comienza con los partos. Sin embargo, existen otras condiciones asociadas como factores congénitos, alteraciones del colágeno, lesiones neurológicas, cirugías pélvicas previas, obesidad, enfermedades respiratorias crónicas, hipoestrogenismo e incluso actividades laborales asociadas a valsava importante.

Es importante entender que las disfunciones del piso pélvico depende de diferentes condiciones que aumentan el riesgo: Factores predisponentes, estimuladores, promotores y descompensadores (Tabla 1).

TABLA 1. FACTORES DE RIESGO DE POP			
Factores Predisponentes	Factores Estimuladores	Factores Promotores	Factores Descompensadores
<ul style="list-style-type: none">• Sexo• Neurológico• Anatómico• Colágeno• Muscular• Cultural• Ambiental	<ul style="list-style-type: none">• Parto• Lesión neurológica• Lesión muscular• Radiación• Ruptura de tejido• Cirugía radical	<ul style="list-style-type: none">• Constipación• Profesión• Recreación• Obesidad• Cirugía• Enfermedad pulmonar• Tabaquismo• Menopausia• Infecciones• Medicamentos	<ul style="list-style-type: none">• Envejecimiento• Demencia• Debilidad• Enfermedades• Medioambiente• Medicamentos

Modificado de: Bump C, Norton P. Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction. In: Bump R and Cundiff G, guest editors. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. Urogynecology and Pelvic Floor Dysfunction. Vol. 25 N4 Dec 1998.

Los siguientes factores están asociados con un mayor riesgo de padecer prolapso uterino:

- Múltiples embarazos y partos vaginales: El traumatismo en los tejidos producido durante el parto, especialmente con bebés grandes y partos complicados, son causa de la debilidad de los músculos pélvicos.
- Útero invertido (posicionado al revés de lo normal).
- Edad: Se cree que la pérdida de tono muscular y la relajación de los músculos están asociados con el envejecimiento normal.
- Postmenopausia: La disminución de los estrógenos hormonales femeninos, desempeñan un papel importante en el desarrollo del prolapso uterino.
- Obesidad: La obesidad coloca mayor peso en los músculos que soportan a la pelvis y los va debilitando progresivamente.
- Raza caucasiana.
- Tumores grandes en el útero o en los ovarios: El descenso también puede ser provocado por un tumor pélvico, aunque esto es poco común.
- Actividades que aumentan la presión en el abdomen y en la pelvis.
 - Estreñimiento severo o persistente
 - Tos crónica y/o asma
 - Levantar cosas pesadas

Para la producción de esta patología se han postulado muchos factores de riesgo que incidirían sobre el prolapso, pero sin duda el más avalado es el parto vaginal. El riesgo aumentó entre 4 a 11 veces con el parto vaginal, lo que aumenta con la paridad, en el estudio de Mant et al., mientras que en el estudio POSST(26) el riesgo aumentó 1,2 veces con cada parto vaginal, sin nombrar varios otros trabajos.

Otros factores son la edad, embarazo, presión intraabdominal aumentada crónicamente (obesidad, constipación crónica, tos crónica, levantar cargas pesadas en forma repetitiva), menopausia e hipoposterogenismo, trauma, factores genéticos, raza, enfermedades musculoesqueleticas, neuromusculares(espina bífida) y del tejido conectivo(Ehlers-Danlos, síndrome de Marfan), enfermedades crónicas, fumar(EPOC), pelvis de diámetro largo y cirugías previas con disrupción del soporte natural (cirugía de prolapso, histerectomía, etc.). Se ha planteado que la etiología sería multifactorial, ya que las pacientes suelen tener múltiples factores de riesgo y variará entre las pacientes qué problema es el que prima en la producción de su prolapso. Otros factores que se postulan con menor evidencia son la macrosomía, segunda etapa del parto prolongada, episiotomía, laceración del esfínter anal, analgesia epidural, fórceps y uso de oxitocina.

La mayoría de estos factores de riesgo enunciados como el parto vaginal, embarazo y presión intraabdominal aumentada causarían un daño mecánico directo sobre el piso pélvico (nervios, músculos) mientras que la edad, otro factor ampliamente reconocido, correspondería también a un proceso multifactorial en el cual intervienen el envejecimiento fisiológico, procesos degenerativos, hipoestrogenismo, enfermedades intercurrentes, etc. Por lo tanto, el manejo adecuado de las pacientes con prolapso debe incorporar también el evitar los diferentes factores de riesgo modificables asociados. Hoy en día la teoría de los defectos sitio específicos es la planteada por la mayoría de los cirujanos de piso pélvico para explicar la fisiopatología del prolapso y se basa en la aparición de desgarros en las paredes fibromusculares de la vagina o en la fascia endopélvica que la une a la pelvis, lo que permite el prolapso de los órganos pélvicos. Por lo tanto, la identificación de estos sitios y su corrección quirúrgica restablecería la anatomía pélvica normal y su función. Sin embargo, esta teoría aún no es totalmente aceptada debido, entre otras cosas, a que en algunas pacientes la disfunción neuromuscular es lo que prima y la corrección quirúrgica no las ayudaría, otras pacientes necesitan correcciones no anatómicas (uso de mallas sintéticas, por ejemplo), la utilidad que tienen en algunas pacientes los ejercicios de rehabilitación y además que tampoco se han identificado histológicamente estos desgarros fasciales.

El prolapso de pared vaginal anterior es el más frecuente y se han descrito 4 tipos de defectos primarios que pueden contribuir a su producción: defectos paravaginales o laterales al ocurrir un desprendimiento de la vagina desde el arco tendíneo de la fascia pélvica (cistocele por desplazamiento), defectos centrales cuando hay lesiones de la línea media (aquí hay un desprendimiento de la mucosa desde la muscular por lo que la mucosa pierde su rugosidad habitual o cistocele por distensión), defectos transversos cuando hay desprendimiento de la pared vaginal desde el anillo pericervical de tejido conectivo (o de los ligamentos úterosacros en pacientes histerectomizadas) y prolapso secundario a un defecto apical que hace descender la pared anterior. También se ha descrito que en los defectos paravaginales es frecuente la desinserción del arco tendíneo de la fascia pélvica desde las espinas isquiáticas. (26)

2.2.5. CLÍNICA, EVALUACIÓN Y CLASIFICACIÓN DEL PROLAPSO GENITAL:

Las pacientes al consultar pueden referir sensación de presión/pesadez pélvica o protrusión de tejidos desde la vagina, malestar inguinal, lumbago, dispareunia, constipación o síntomas urinarios. En caso de exposición del epitelio cervical por encontrarse fuera del introito puede haber dolor, sangrado o descarga. En general los síntomas se alivian al acostarse, son menos pesquisables en la mañana y empeoran a medida que el día progresa. También se ha visto que ciertos tipos de prolapso se asocian más a ciertos síntomas. Por ejemplo, prolapsos de pared anterior se pueden asociar a hiper movilidad del cuello vesical e incontinencia urinaria. Un gran prolapso de pared vaginal anterior también puede dar retención urinaria secundaria a obstrucción uretral. Prolapsos de pared posterior pueden causar disfunción defecatoria. Existen varios cuestionarios específicos y de calidad de vida que han sido validados para el uso en mujeres con prolapso antes y después de la cirugía.

La evaluación de la paciente debe ser en posición de litotomía dorsal. Se examina toda la pared vaginal y se pide realizar maniobra de valsalva para ver la máxima extensión del prolapso o en caso de que éste no sea evidente. Muy útil es el uso de un espéculo de una hoja para ver bien las paredes vaginales buscando algún defecto específico. Se debe ver el surco anterolateral en los dos tercios distales de la pared anterior, indicando adherencia normal hacia el arco tendíneo de la fascia pélvica. Este examen también debe ser realizado con la paciente de pie. Se debe evaluar la presencia de hiper movilidad del cuello vesical y la presencia de incontinencia urinaria oculta al reducir el prolapso. Así los defectos, sitios específicos pueden ser identificados en el examen físico preoperatorio o ser vistos durante la cirugía.

El diagnóstico de prolapso genital es fundamentalmente clínico y en general no se necesitan exámenes para certificarlo. Últimamente se ha empezado a usar la resonancia nuclear magnética la cual es muy útil en enteroceles, sigmoidoceles, rectoceles y peritoneoceles (25).

Gracias al uso de doble contraste (vaginal y rectal) se puede definir muy bien la anatomía vaginal, el grado de descenso vesical a través del hiato pélvico, la presencia de hiper movilidad uretral asociada y las diversas porciones del músculo elevador del ano. Se necesitan más estudios para establecer su rol en el manejo de las pacientes con prolapso.

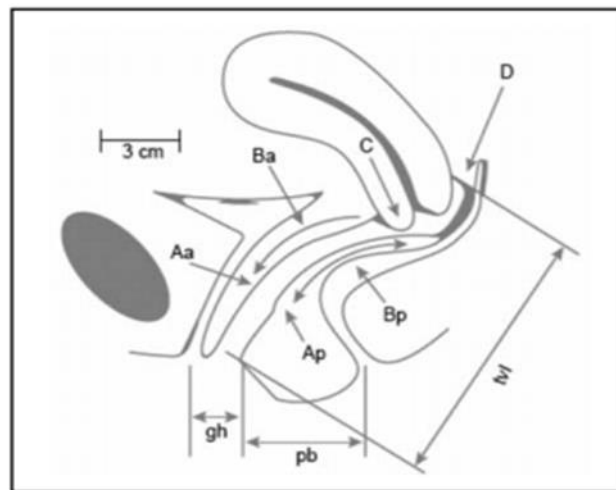
El diagnóstico de POP es estrictamente clínico. Sin embargo existe la posibilidad de utilizar resonancia nuclear magnética dinámica y ultrasonido transperineal 3D y 4D. La evidencia no ha demostrado una clara asociación en el diagnóstico de la magnitud del POP y estas herramientas. Sin embargo, es promisorio su futuro, en especial del ultrasonido, por su bajo costo y mayor accesibilidad. (26)

La clasificación actual de esta patología es mediante el Pelvic Organ Prolapse Quantification Sistem (POP-Q) creado en 1996 y aprobado por la International Continence Society, American Urogynecologic Society y Society of Gynecologic Surgeons. Está basado en demostrar la máxima extensión del prolapso en el examen físico. Para todas las mediciones el punto de referencia es el himen, desde donde se miden 6 puntos, los que se encuentren sobre el himen o proximales se designan positivos y los puntos bajo el himen o distales negativos (Figura 4 y Tabla 1). Los números son luego trasladados a un sistema de estadio de 0 a 4, siendo 0 un excelente soporte y 4 una procidencia completa del útero o eversión de la cúpula vaginal (Tabla 2). Complementariamente se miden tres distancias que completan la evaluación y de esta forma tenemos nueve mediciones las cuales se traspasan a una grilla de 3x3 lo que nos permite obtener un perfil de la vagina y así poder documentar pequeñas diferencias en pacientes y entre estadios. La medición es de pie y con valsava para demostrar el máximo prolapso. Todos los puntos se miden en centímetros.

Durante muchos años, los ginecólogos utilizaron distintos tipos de clasificaciones para referirse a los tipos de prolapso y sus diferentes magnitudes. En el año 1996 la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) publicó una estandarización en la terminología del POP, la cual es conocida como POP-Q. El objetivo de ésta, era que fuera una clasificación reproducible y fácil de aprender, y de ésta manera poder extenderla a las unidades de piso pélvico y ginecólogos. También era el anhelo que todas las publicaciones referidas al tema pudieran utilizar el mismo idioma. Sin embargo después de algunos años de implementada esto no sucedió. Dado lo anterior, se publicó en el 2006 una modificación de la descripción original, con el fin de simplificar la clasificación. Ésta aún se encuentra en fase de validación. (27)

Clasificación POP-Q, evita el uso de terminología como cistocele o rectocele. En su lugar asigna 2 puntos de referencia en la pared vaginal anterior (Aa y Ba), 2 puntos en la pared vaginal posterior (Ap y Bp), un punto relacionado al cérvix(C), un punto en relación al fórnix posterior (D) y asigna medición de la longitud vaginal total (tv1), medición del hiato genital (gh) y la medición del cuerpo perineal (pb). Todos estos valores se llevan a una cuadrícula para un registro adecuado (Figura 4). El punto de referencia utilizado para objetivar el descenso de los distintos puntos antes descritos es el himen.

Figura 4. Puntos del POP-Q^[1].



J.L De Lancey. The hidden epidemic of pelvic floor dysfunction. Achiavable goals for improved prevention and treatment. Am J Obstet Gynecol 2005; 192: 1488-95.

FIGURA 4. TABLA REGISTRO PUNTAJE POP-Q

Pared anterior	Pared anterior	Cuello uterino o cúpula vaginal
Aa	Ba	C
Hiato genital	Cuerpo perinatal	Largo vaginal total
gh	pb	tvL
Pared posterior	Pared posterior	Fórmix posterior
Ap	Bp	D

Traducido de: Bump R, Mattiasson A, Bo K, et al. The standardisation of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic organ dysfunction. Am J Obstet Gynecol 1996;175:10-17.

Tabla 1. Puntos de medición en el POP-Q

Punto	Descripción
A anterior (Aa)	Pared anterior, línea media, 3 cm. proximal al himen.
B anterior (Ba)	Porción más distal de la pared anterior desde el punto Aa hasta el fórnix anterior o cúpula vaginal. Si no hay prolapso se ubica en -3.
A posterior (Ap)	Pared posterior, línea media, 3 cm. proximal al himen.
B posterior (Bp)	Porción más distal de la pared posterior desde el punto Ap hasta el fórnix posterior o cúpula vaginal.
C	Es el punto que corresponde a la porción más distal del cérvix o de la cúpula vaginal después de una histerectomía.
D	Es la porción más profunda del fórnix posterior (queda en blanco en histerectomizadas).
Gh (hiato genital)	Distancia entre el meato uretral a la porción posterior del himen.
Pb (cuerpo perineal)	Distancia entre la porción posterior del himen y el ano.
Tvl (longitud vaginal total)	Distancia entre el himen y la ápex vaginal (se mide con C o D reducidos a su posición normal).

Unidad de Piso Pélvico Femenino, Depto. Obstetricia y Ginecología, HCUCH

A los 6 puntos de referencia se les asigna números negativos cuando se encuentren por sobre el himen y números positivos cuando se encuentren por fuera de éste. Las mediciones de longitud vaginal, hiato genital y cuerpo perineal serán siempre números positivos.

Registrados estos valores, se podrá definir el estadio de descenso de cada uno de los compartimentos: anterior, posterior y apical. Estos serán:

0: cuando no hay descenso.

I: el descenso sea 1 cm por sobre el himen.

II: el descenso es +/- 1cm del himen.

III: cuando el descenso es +1 cm del himen y la protrusión no sea mayor a 2cm de la longitud vaginal.

IV: cuando estamos frente a una procidencia completa.

Tabla 2. Estadíos del POP-Q

Estadio	Descripción
0	No hay descenso. Aa y Ap están a -3.
1	El prolapso no desciende más allá de 1 cm. sobre el himen.
2	El prolapso desciende entre 1cm. sobre el himen o 1 cm. bajo éste.
3	El prolapso desciende más allá de 1 cm. bajo el himen.
4	La vagina está completamente evertida.

Unidad de Piso Pélvico Femenino, Depto. Obstetricia y Ginecología, HCUCH

Encontramos diferentes formas de clasificar la localización de los prolapsos genitales. Hay que tener en cuenta que los órganos genitales constituyen una unidad funcional de manera que la afectación de uno de ellos acostumbra a afectar en grado variable a los otros, pero a efectos didácticos se suele dividir el prolapso genital de la siguiente manera:

- Colpocèle anterior: Uretrocele cuando falla el ligamento triangular y se prolapsa la uretra; Cistocèle cuando están afectados los ligamentos de sostenimiento pubovesicouterinos y se prolapsa la vejiga.
- Colpocèle medio: prolapso uterino; Enterocèle (o Douglascele) cuando fallan los ligamentos útero- sacros y se prolapsan asas de intestino delgado; prolapso de la cúpula vaginal.
- Colpocèle posterior: Rectocèle cuando falla el tabique recto-vaginal y se hernia el recto.
- Elongación cervical: cérvix largo que aparece por introito.

A la hora de establecer la gravedad del prolapso, podemos clasificarlos de diferentes maneras. Nosotros habitualmente los dividimos en:

- Grado I: Descenso entre posición normal e introito.
- Grado II: Descenso a nivel del introito.
- Grado III: Descenso por fuera del nivel del introito.
- Grado IV: Prolapso total, fuera del plano vulvar.

Toda la terminología, evaluación clínica, examen físico y exámenes de complemento han sido estandarizados por las 2 sociedades internacionales más importantes en patología de piso pélvico (IUGA e ICS). El objetivo de este trabajo fue poder unificar terminologías y poder llevar un registro adecuado de los pacientes. De esta manera una vez publicados los resultados, toda la comunidad médica sepa a qué se refieren los autores. (28)

El objetivo de una buena historia clínica es poder tener una clara idea de la duración, progresión y el impacto en la calidad de vida de una determinada patología. Éste último concepto es fundamental al enfrentarse a una paciente con POP, dado que sólo estudiaremos y ofreceremos un tratamiento a aquellas pacientes en la cuales su calidad de vida se vea afectada.

Las causas de consulta en pacientes con POP son: sensación de peso o dolor en la región genital, sensación de masa en la región genital, masa genital palpable, dolor lumbar inespecífico, disfunción sexual o disfunción defecatoria (Constipación o digitación).

Durante el examen físico el estado general del paciente y su deambulación son importantes de evaluar. El examen ginecológico se debe realizar en una camilla ginecológica, dado que ésta será en general la posición utilizada en caso de una intervención quirúrgica. El screening neurológico básico, buscando los reflejos anales y bulbo cavernoso además de la sensibilidad de la piel en toda la región genital es absolutamente recomendado. El explorar todo el abdomen es fundamental, con el fin de no pasar por alto patología del abdomen superior.

La inspección genital se realiza con el fin de pesquisar lesiones cutáneas asociadas a la incontinencia de orina o anal, además descartar la presencia de fístulas o cicatrices relacionadas a atención de partos o de cirugías reconstructivas previas. Antes de introducir un espéculo en la vagina, se debe solicitar a la paciente realizar un pujo y lograr un valsalva máximo, así el clínico tiene una idea de las características del soporte pélvico de la paciente. Si en la posición de litotomía no se logra reproducir los síntomas y signos que la paciente refiere, se recomienda el reexaminar a la paciente de pie, o inclusive en el siguiente control solicitándole a ella realizar actividad física suficiente como para desencadenar la presencia de su prolapso.

Antes de evaluar el grado de descenso de las paredes vaginales y órganos pélvicos, se debe inspeccionar el cuello uterino y tomar la citología cervical correspondiente de acuerdo al plan de screening establecido en dicha población. Se recomienda utilizar el espéculo de Graves, dado que éste se desarticula y permitirá evaluar con una hoja de éste los compartimentos anterior y posterior por separado. Se buscará descenso de las paredes vaginales, útero, cúpula vaginal y la presencia o ausencia de rugosidades en la mucosa vaginal.

El tacto vaginal bimanual nos permitirá sospechar la presencia de patologías en los órganos pélvicos. También nos dará una idea del soporte del cérvix y de la cúpula vaginal. En éste momento es adecuado evaluar las características del músculo elevador del ano, tanto la capacidad de contracción de éste como la de su relajación. El buscar dirigidamente puntos dolorosos, si la paciente los refiere, es también una obligación durante el examen físico.

Finalmente la inspección anal, buscando la ausencia de los pliegues fisiológicos pueden hacer sospechar la presencia de daño del esfínter anal externo. El tacto rectal nos permitirá evaluar el tono muscular esfinteriano y descartar la presencia de alguna masa rectal baja. (29)

2.2.6. TRATAMIENTO DEL PROLAPSO GENITAL:

Existen diversos tratamientos para el POP. La identificación del tratamiento más adecuado para una determinada paciente dependerá de múltiples aspectos: edad, tipo de prolapso, estadio del prolapso, cirugías previas y estilo de vida. Se le puede proponer a la paciente la observación de su prolapso cuando éste es asintomático. La meta del tratamiento será corregir el prolapso genital y sus patologías asociadas en un mismo acto quirúrgico, si esto es posible. Muchas veces se debe combinar tratamiento médico– kinésico junto con el tratamiento quirúrgico.

Desde el año 2001 en adelante, el NIH Standarization Workshop, consideró como éxito de tratamiento sólo parámetros anatómicos, por lo tanto las pacientes sometidas a cirugía que quedaban en estadio 0 se consideraban curadas. Mejorías eran aquellas pacientes que quedaban en estadio I, por sobre 1 cm del himen, y las persistencias/recurrencias o fallas eran las pacientes que quedaban en estadio II o mayores, sin importar la sintomatología de ellas. (30)

En el año 2009 estos conceptos cambian dado que el Pelvic Floor Disorders Network, incorpora otros elementos a la definición de cura: Ausencia de síntomas por bulto genital, el éxito anatómico lo considera estadio II desde el himen hacia arriba y la ausencia de retratamiento por la misma condición. En pacientes sometidas a cirugías por POP, ésta definición es la propuesta a utilizar en la actualidad para definir el éxito de tratamiento.

2.2.6.1 TRATAMIENTO CONSERVADOR:

La rehabilitación pelvipерineal (RPP) podría ser una alternativa en estados iniciales de prolapso genital y como terapia coadyuvante en estadios más avanzados. Los pesarios, la forma más antigua de tratamiento del POP, sigue siendo una buena alternativa a ofrecer. Esto dado su bajo costo, facilidad de uso y bajo riesgo de complicaciones. Estos son en especial indicados cuando la paciente rechaza la cirugía como tratamiento, cuando existe contraindicación quirúrgica por otras condiciones o a la espera de su cirugía en caso de prolapso muy avanzados. Los riesgos asociados al uso de estos dispositivos son: Infecciones vaginales, expulsión del pesario, úlceras vaginales e incluso fístulas secundarias a su uso.

La fisioterapia (ejercicios de Kegel) es considerada la opción más costo-efectiva. También se usa como tratamiento para la incontinencia urinaria de esfuerzo, dolor pélvico y disfunción defecatoria. Es importante señalar que no todas las mujeres son buenas candidatas para esta terapia, ya que necesitan una musculatura pélvica en buen estado para realizar las contracciones que esta terapia requiere; deben ser pacientes motivadas y adherentes. Además faltan estudios que avalen los protocolos adecuados a seguir en esta patología.

2.2.6.2 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

Al enfrentar una paciente desde el punto de vista quirúrgico, se debe tener una clara idea de la anatomía y de los conceptos de soporte de las estructuras del piso pélvico. Al reconstruir los elementos de sostén, debemos asegurarnos que los 3 niveles descritos por De Lancey sean reparados y conectados entre ellos. Debe quedar claramente establecido que la cirugía por POP se realiza en pacientes en las cuales existe una alteración en su calidad de vida, ya que la paciente debe aceptar los riesgos y complicaciones inherentes al procedimiento ofrecido.

Como también fue analizado anteriormente, hoy en día la percepción de éxito puede ser diferente entre el médico y la paciente. Sin embargo deben prevalecer los síntomas de la paciente por sobre el éxito anatómico puro. El abordaje quirúrgico se basará en: tiempo de recuperación, durabilidad del procedimiento, riesgo de complicaciones, riesgo de cuerpo extraño en el caso de recibir una malla y en el deseo de mantener vida sexual activa.

Los conceptos básicos en la cirugía reconstructiva son: diagnosticar todos los defectos a reparar, utilizar antibiótico profilaxis de acuerdo a lo establecido por la institución donde se realiza el procedimiento, la mucosa sobre los defectos reparados se debe recortar el mínimo posible, realizar una buena hemostasia, realizar un buen vaciamiento vesical, no utilizar fleet enemas o incluso colocar una jareta anal durante la cirugía la cual se debe retirar al final del procedimiento. Finalmente el uso de un packing vaginal es importante para disminuir el riesgo de hematomas.

Al abordar la cirugía del compartimiento anterior, lo más importante es definir si existe o no compromiso del compartimiento apical. Si no hay compromiso apical en pacientes sin cirugías previas y sin factores de riesgo adicional, el resultado utilizando técnicas tradicionales, como la plicatura de la línea media o la reparación sitio específica son una buena alternativa, ya que reportan un éxito cercano al 90%. Este mismo grupo de pacientes originalmente se publicó en el año 2001, demostrando fallas de acuerdo a criterios estrictamente anatómicos (NIH) entre un 40 – 60% (23). A partir de ese año en adelante se comenzó a utilizar en forma masiva mallas por vía vaginal, con el fin de lograr mejores resultados anatómicos. Es así

como los resultados anatómicos fueron mejores, sin embargo la tasa de complicaciones inherentes al uso de mallas aumentó.

Hoy en día se recomienda el uso de mallas en el compartimento anterior sólo cuando el prolapso de este es mayor a un estadio II y recidivado. Por otra parte cuando no se encuentra fascia para reparar o además se asocia a un aumento de la presión intraabdominal, también tendría cabida el uso de mallas por vía vaginal. Si existe compromiso apical en pacientes con prolapso del compartimento anterior, se le deberá realizar alguna de las técnicas de reconstrucción del ápice vaginal, además de la reparación del compartimento anterior. En éste grupo de pacientes, si esto no se realiza, el riesgo de recidiva es mucho mayor.

Cuando se enfrentan prolapsos del compartimento posterior, las técnicas quirúrgicas tradicionales ofrecen una excelente alternativa de cura. Al comparar la vía vaginal versus la vía transanal se mostró que la primera es mejor, tanto en los resultados clínicos como en la satisfacción de la paciente post cirugía. Al comparar la reparación por vía vaginal sitio específica con la plicatura en la línea media, se mostró que los resultados son similares. El éxito es cercano al 90%. Al utilizar implantes biológicos los resultados empeoran (54% de cura) y al utilizar mallas sintéticas el éxito es similar a las técnicas clásicas, sin embargo las complicaciones inherentes al uso de las mallas es sobre el 10%. (30, 31)

De acuerdo a lo anterior y la última revisión del Cochrane Database, no existe evidencia suficiente para recomendar el uso de mallas en la reparación del compartimento posterior. El compartimento apical nos ofrece mayor cantidad de alternativas en su reparación y en general con buenos resultados. La sacrocolpopexia tanto por vía abdominal como laparoscópica son el gold standard. Todas las otras técnicas se comparan con éstas. En una revisión sistemática el año 2004, la sacrocolpopexia reportó un éxito entre un 78-100%, en tanto que las complicaciones inherentes al uso de mallas por vía abdominal fue cercana al 3%. En la revisión Cochrane del año 2010 la sacrocolpopexia reportó RR 0,23 al compararla con la suspensión sacroespinosa y además mostró menor dolor post operatorio.

Por lo tanto cuando uno se enfrenta a una paciente joven y sexualmente activa, la primera elección debería ser ésta, dado que el eje de la vagina es más parecido al fisiológico, la longitud vaginal es mejor (sexualmente activas) y los riesgo de complicaciones intra-abdominales durante la cirugía son aceptables (< al 5%). La suspensión sacroespinosa, técnica tremendamente popular durante muchos años en EE.UU., reporta buenos resultados de suspensión del compartimento apical, sin embargo, dado que ésta cambia el eje vaginal hacia los costados, el riesgo de aparición de prolapso del compartimento anterior es de aproximadamente un 30%.

La suspensión a los ligamentos útero sacros alto por vía vaginal, también reporta un éxito sobre el 90%, sin embargo el riesgo de acodadura de uréteres y obstrucción de estos demostró que era cercano al 11%. Es por esto que ésta técnica quirúrgica, además de requerir de un cirujano con habilidades adecuadas por vía vaginal, obliga el uso de cistoscopia y la administración de índigo carmín endovenoso para así tener la certeza de la permeabilidad de ambos uréteres.

Finalmente los procedimientos obliterativos como la colpocleisis de Le Fort o la Colpectomía parcial siguen siendo una alternativa a ofrecer. Estas técnicas sólo se pueden realizar en pacientes de edad avanzada las cuales se encuentran sin actividad sexual y que no deseen tenerla en el futuro. Su éxito supera el 90% teniendo tasa de complicaciones muy bajas.

El tratamiento del prolapso genital incluye el uso de pesarios, la fisioterapia y la cirugía. En las pacientes asintomáticas se realizará un tratamiento orientado a evitar los diferentes factores de riesgo, a no ser que haya incontinencia urinaria concomitante (y la paciente sea sometida a cirugía por esta causa) o hidronefrosis secundaria al prolapso. Las pacientes sintomáticas deben ser sometidas a un tratamiento específico, en general quirúrgico. Los pesarios se ocupan principalmente cuando la paciente prefiere un tratamiento conservador o cuando tiene contraindicada la cirugía.

Estos corresponden a dispositivos de silicona principalmente que se colocan en la vagina para mantener reducido el prolapso. También se pueden usar como primera elección para el tratamiento del prolapso, para diagnóstico de síntomas asociados a la patología antes de la cirugía y así planearla mejor, como tratamiento temporal antes de la cirugía o como tratamiento de la incontinencia urinaria y algunas condiciones obstétricas (incompetencia cervical, por ejemplo).

Hay dos tipos de pesarios: los de soporte (support pessaries) y los que rellenan espacio (space-filling pessaries). Los primeros se apoyan en el fórnix posterior y en la región posterior del pubis logrando la reducción. Los segundos crean succión entre el dispositivo y las paredes vaginales u ocupan un espacio mayor que el hiato genital (distancia entre el meato uretral externo y la región media de la porción posterior del himen). En general la elección del pesario a ocupar dependerá del defecto específico presente. Aunque no hay recomendaciones estrictas, ya que existen varios tipos de pesarios y muchos se pueden ocupar para distintos tipos de prolapso.

La elección dependerá en gran medida de la preferencia del médico tratante aunque se recomienda en prolapsos de pared anterior y defectos apicales grado II, el uso de pesarios tipo anillo (support), mientras que en defectos tipo III o IV pesarios tipo Gellhorn o Donut (space-filling). En general, en prolapsos de pared posterior no se ocupan pesarios debido a los puntos de apoyo que tienen (pubis y paredes anterior o apical); sin embargo, los que ocupan espacio pueden servir. En la elección también se debe considerar el estado de la musculatura del piso pélvico y la capacidad de la

paciente de autocuidar en su casa el dispositivo (extracción, lavado y reinserción). Una vez dispuesto el tipo adecuado se debe asegurar que el pesario no sea expelido al realizar valsalva y que la paciente se sienta cómoda durante su deambulación, micción, al tomar asiento y defecar. Entre las complicaciones más frecuentes se encuentra la expulsión del dispositivo, la incontinencia urinaria y el dolor rectal. Con menor frecuencia se observa impactación del dispositivo, erosiones, encarceración del cérvix, prolapso de intestino delgado y encarceración, fístula vésicovaginal y urosepsis.

La cirugía dependerá del tipo de defecto presente. En los defectos paravaginales se usará una reparación paravaginal que consiste en acceder al espacio retropúbico por vía abdominal, vaginal o laparoscópica y ubicar el defecto para luego suturar la pared vaginal al arco tendíneo de la fascia pélvica en ese lugar. En los defectos centrales se realizará una colporrafia anterior en la cual se realiza una incisión longitudinal en la pared anterior, se disecan los bordes del defecto y se sutura la capa muscular y adventicia hacia la línea media. En los defectos transversos se buscará un restablecimiento de la continuidad de la muscular en forma transvaginal mediante una incisión a nivel de la zona de mayor contacto de la vejiga con el cérvix, ubicar la muscular retraída y suturarla al tejido conectivo pericervical.

Los defectos secundarios a descenso apical se tratarán con resuspensión del ápex (diversos tipos de colpopexia). Distintas clases de injertos y mallas sintéticas se han usado y están en uso actualmente para estas cirugías aunque no hay consenso aún en la adecuada indicación de estas y faltan más estudios al respecto para lograr mejores resultados a largo plazo en la reparación de estos defectos. En casos de incontinencia urinaria oculta, ésta debe ser pesquisada en el examen físico preoperatorio y tratada en forma conjunta durante la cirugía.

Las complicaciones quirúrgicas son variadas y dependerán del tipo de cirugía, las cuales van desde hemorragias con la formación de hematomas, lesiones de uretra o vejiga, plicatura de la unión uretrovesical y obstrucción, lesiones ureterales, ITU, granulomas en los puntos de sutura, rigidez, dispareunia y disfunción sexual, etc. Un tratamiento quirúrgico adecuado que repare todos los defectos existentes disminuye el riesgo de una nueva cirugía.

2.2.7 TÉCNICAS DE CORRECCION DEL PROLAPSO GENITAL:

A la hora de plantearnos cuál es el mejor tratamiento para el prolapso uterino es necesario hacer algunas consideraciones previas:

- Hemos de considerar que se sabe relativamente poco de la evolución natural del prolapso, por lo que se ha de evitar la tendencia a adoptar medidas agresivas en las etapas primeras del problema. Los grados leves o hasta moderados de prolapso pueden permanecer estables durante muchos años.
- Hay que tener en cuenta, que pueden coincidir el prolapso uterino con otro tipo de patologías. Por tanto, antes de tomar una decisión terapéutica será necesario como mínimo una citología cérvico-vaginal y una valoración del endometrio y de los anexos. Además, tendremos que valorar otras patologías que se asocian al prolapso uterino como la incontinencia urinaria.
- La opinión y deseos de la paciente.

Los objetivos del tratamiento del prolapso han de ser la reparación de las estructuras anatómicas deficitarias, la restauración del sostenimiento aponeurótico de la vejiga y la uretra y el restablecimiento del eje y la profundidad normales de la vagina. Esto ha de permitir conseguir como segundo objetivo mejorar el confort y la calidad de vida de la paciente. Para conseguir estos objetivos disponemos de diversas alternativas que se pueden incluir en dos grandes grupos:

2.2.7.1 TECNICAS CONSERVADORAS:

- * Fisioterapia (rehabilitación activa o pasiva electroestimulación, reeducación de los músculos del suelo pélvico).
- * Estrógenos locales que mejoran el trofismo vaginal.
- * Adoptar hábitos de vida saludables (dieta adecuada rica en fibra, reducir peso, dejar de fumar)
- * Tratar patologías que se asocian a valsalva repetidamente (por ejemplo tos crónica).
- * Medios mecánicos (pesario). Indicados en aquellas pacientes que rechazan la cirugía o que son consideradas de alto riesgo quirúrgico.

2.2.7.2 TECNICAS QUIRÚRGICAS:

En general, el tratamiento quirúrgico estará indicado cuando el prolapso es de moderado a severo (II o III grado), o cuando existe sintomatología atribuible al prolapso (bulto en genitales, sangrados por erosión, incontinencia, tirantez, dolor, dispareunia). Entre las muchas técnicas que podemos utilizar para la reparación de los prolapsos genitales, destacamos:

*** Prolapso uterino: histerectomía.**

La extirpación del útero puede llevarse a cabo vía laparotómica, vaginal o laparoscópica. En nuestro hospital, hasta el momento solo se han empleado las dos primeras técnicas. Y entre ellas dos es preferible utilizar la histerectomía vaginal por varias razones: no requiere laparotomía (con la subsiguiente cicatrización) y permite fácilmente realizar una colpografía anterior y/o posterior. Se daña menos el peritoneo, las adherencias son escasas y la peritonitis e íleo paralítico son menos frecuentes. También es menor el dolor postoperatorio y la convalecencia y permanencia media hospitalaria son más cortas. Sus complicaciones también son menores. Es el método que mejor permite restaurar la anatomía topográfica y normalizar la función de todos los órganos implicados. Por el contrario, tiene limitada la inspección de la cavidad abdominal, pudiendo pasar desapercibidos otras alteraciones de anejos u otros órganos pélvico – abdominales.

La indicación para realizar una histerectomía está limitada en función del tamaño y, movilidad del útero y por la capacidad y elasticidad de la vagina, aunque ambos criterios son relativos.

* Cistocele: plastia o perinorrafia anterior

* Rectocele: plastia o perineorrafia posterior

* Prolapso de la cúpula vaginal: culdoplastia de Mc Call

* Enterocel: plastia o malla total

2.3. GLOSARIO DE TÉRMINOS BÁSICOS:

- Transición Peri menopáusica: Intervalo de tiempo entre el comienzo de reglas irregulares y la cesación permanente de la menstruación. La duración media es de cuatro años.
- Menopausia: Interrupción permanente de la menstruación causada por el fracaso del desarrollo folicular ovárico en presencia de niveles elevados de gonadotrofinas.
- Climaterio: Periodo fisiológico en la vida de la mujer, durante el que se produce la regresión de la función ovárica.
- Cistocele: protrusión de la vejiga hacia el interior de la vagina, lo que indica relajación de los soportes faciales de la vejiga.

- Histerocele: protrusión del cérvix y del cuerpo uterino en la cavidad de la vagina, como consecuencia de la distensión de los ligamentos y soportes faciales.
- Rectocele: protrusión del recto sobre la vagina, lo que indica una relajación de los mecanismos de soporte rectal.
- Uretrocele: protrusión de la uretra en la vagina, lo que indica pérdida de los soportes faciales de la uretra.
- Incontinencia urinaria: situación en la que la pérdida involuntaria de orina constituye un problema social o de higiene y que se manifiesta claramente.
- Incontinencia fecal: situación en la que la pérdida involuntaria de heces constituye un problema social o de higiene y que se manifiesta claramente.

2.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Dimensiones	Definición operacional	Indicadores	Tipo de variable	Escala de Medición
Post Operada De Prolapso Genital	Diagnóstico Operatorio De Prolapso Genital	Alteración Anatómica Genital Femenina, Causada Por Diferentes Factores De Riesgo En El Servicio De Ginecoobstetricia Del Hospital Santa Rosa II-2 Piura.	Diagnóstico Operatorio De Prolapso Genital: SI NO	Cualitativa	Nominal
Características Clínicas	Manifestaciones Clínicas	Cualquier Manifestación O Circunstancia Detectable Lo Cual Aumenta La Probabilidad De Padecer El Diagnóstico Clínico De Prolapso Genital.	-Incontinencia Urinaria. -Síntomas Miccionales: Polaquiuria, Disuria. -Sensación De Masa. - Dispareunia. -Infeccion Del Tracto Urinario. -Incontinencia Fecal	Cualitativa	Nominal
Características Quirúrgicas	Tipo De Prolapso	Se Asigna La Etapa En Relación A La Protrusión Máxima Demostrada. A Su Vez Cada Etapa Se	-Cistocele. -Uretrocele. -Histerocele.	Cualitativa	Nominal

		Subagrupa Dependiendo De Cuál Es La Porción Genital Que Más Protruye. El POPQ Ha Demostrado Ser Útil, Confiable Y Fácil De Aprender. La Evaluación Clínica De La Paciente Demora Entre 2 Y 3 Minutos Y Es Altamente Reproducible.	- Cistorectocele. -Rectocele. -Enterocele. -Prolapso Genital Total. -Cisto-Histerocele -Cisto-Histero- Rectocele.		
	Tipo De Intervención Quirúrgica	Situación Que Corrija Los Defectos Pélvicos Por Un Profesional Entrenado, Capaz De Realizar Técnicas Variadas Que Le Permitan Ofrecer La Mejor Alternativa A Cada Paciente.	-Colporragia Anterior. -Colporragia Posterior. -Colporragia Anteroposterior. -Histerectomía Vaginal. -Plicatura Malla(TOT).	Cualitativa	Nominal
	Tipo De Anestesia	Emplea Medicamentos Que Sirven Para Evitar Toda Sensación De Dolor Durante Una Cirugía U Otros	-Regional o Subaracnoidea. -General.	Cualitativa	Nominal

		<p>Procedimientos Terapéuticos.</p> <p>La Anestesia Que Se Le Administra Se Basa En Su Salud, Sus Antecedentes, El Procedimiento Médico Que Se Le Realizará Y Sus Preferencias De Tratamiento.</p>			
	Grado De Prolapso	<p>Gravedad Del Prolapso Genital, El Ginecólogo Que Examina A La Mujer En La Mesa De Exploración, Catalogará El Prolapso Dentro De 4 Grados. A Cada Uno De Ellos Le Corresponde Un Tratamiento Específico.</p>	<p>-Grado I</p> <p>-Grado II</p> <p>-Grado III</p> <p>-Grado IV</p>	Cuantitativa	Ordinal
	Complicaciones Post Operatorias	<p>Cuando Una Paciente Post Operada De Prolapso Genital, Acude A Urgencias En El Postoperatorio O Simplemente Sufre Una Complicación En El Curso De Las 24 ó</p>	<p>-Hematoma.</p> <p>-Fístula Vesico-Vaginal.</p> <p>-Infección De Cupula Vaginal.</p> <p>-Dehiscencia.</p> <p>-Otros.</p>	Cualitativa	Nominal

		48 Horas Que Permanece Ingresada, El Médico Que La Atiende Debe Conocer Esta Vía De Abordaje Y Sus Posibles Complicaciones.			
	Trasfusiones Sanguíneas	Procedimiento Médico Que Está Indicada Para El Tratamiento De Pacientes Que, En Un Momento Determinado, Presentan Una Carencia De Componentes Sanguíneos Que No Puede Ser Sustituida Por Otras Alternativas.	- SI - NO	Cualitativa	Nominal
	Tiempo De Estancia Hospitalaria	Número Total De Días Que Permanece Alojado Cada Uno De Los Pacientes Que Egresan Durante Un Periodo.	-Un Día. -Dos Días. -Tres A Más Días.	Cuantitativa	Ordinal

III. MARCO METODOLÓGICO

3.1. ENFOQUE.

La presente investigación tiene como enfoque el CUANTITATIVO.

3.2. DISEÑO.

El presente estudio de investigación será de tipo estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.

3.3. TIPO.

La presente investigación es de tipo aplicada.

3.4. SUJETOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Universo: Pacientes ginecológicas atendidas en el Hospital II-2 Santa Rosa desde Enero hasta Diciembre del 2018.

Población: Pacientes con Diagnóstico de Prolapso Genital las cuáles cumplen con los criterios de inclusión y exclusión, que han sido intervenidas en el hospital II-2 Santa Rosa desde Enero hasta Diciembre del 2018.

Muestra: La muestra a trabajar será de 150 pacientes con prolapso genital. Es determinada para una confiabilidad del 95% ($Z=1,96$) y asumiendo un error tolerable del 5%.

Dónde:

N = Población de estudio= 150 pacientes (promedio del número anual de prolapsos del Hospital II-2 Santa Rosa- Piura).

Valor que se encuentra en la tabla normal $N(0,1)$ con un nivel de confianza para los resultados del 95% y cuyo valor es 1.96.

p = Proporción estimada de éxito. Contamos con estimaciones previas, por lo que asumimos $p=12\%$ (0,12), para obtener un tamaño de muestra máximo.³⁷

q = Proporción estimada de fracaso, es igual a $1-p=0,88$.

d = Error máximo tolerable o de precisión, cuyo porcentaje asumimos del $5\%=0,05$.

Reemplazando valores, se obtuvo el siguiente valor:

$$n = \frac{Z^2 * N * P * Q}{e^2 * (N-1) + Z^2 * P * Q} = \frac{1.96^2 * 150 * 0.12 * 0.88}{0.05^2 * (150-1) + 1.96^2 * 0.12 * 0.88} = 78.19 \approx 79$$

n = Tamaño de la muestra 79 pacientes

Sujetos de estudio:

- Pacientes post operadas con diagnóstico de prolapso genital durante el año 2018.

Criterios de selección:**Criterio de inclusión:**

- Para las pacientes que conforman el grupo de estudio, los criterios de inclusión serán los siguientes: Pacientes con diagnóstico de prolapso genital que hayan sido intervenidas en el Hospital II-2 Santa Rosa durante el periodo establecido.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no tengan el diagnóstico de prolapso genital.
- Pacientes que hayan sido intervenidas por prolapso genital y que no tengan su historia clínica completa o se haya extraviado.

3.5. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS.**3.5.1 Proceso de captación de la información**

- Se revisarán las historias clínicas de las pacientes post operadas de prolapso genital atendidos en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa rosa II-2, en el periodo enero- diciembre 2018, que cumplen con los criterios de inclusión y de exclusión, la recolección de datos hará por medio de una ficha de recolección de datos, la cuales se llenará en forma sistemática conforme se revisen las historias clínicas, con la finalidad de determinar las características clínicas y quirúrgicas de la población en estudio.
- La ficha de recolección de datos cuenta con 08 preguntas, estructurada en 02 partes, conforme se revíse la historia clínica, se utilizarán variables nominales e ordinales (Anexo II).

3.5.2 Procedimientos para la recolección de datos

Concluida la redacción del proyecto de investigación, se presentará al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina Humana para su evaluación y aprobación. Aprobado el proyecto se procederá a ejecutarlo.

Primero, se solicitará autorización del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa – Piura, por medio de una solicitud escrita. Obtenida la respuesta de aceptación, se procederá a realizar el proceso de selección y aplicación.

Se acudirá al Hospital ya señalado anteriormente para poder recolectar la información necesaria para nuestro proyecto y se utilizarán las historias clínicas de las pacientes post operadas de prolapso genital atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa en el periodo enero- diciembre 2018.

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

Fuente de obtención de los datos: Historias clínicas de las pacientes post operadas de prolapso genital atendidas en el servicio de ginecoobstetricia que cumplan los criterios de inclusión y exclusión en el archivo del hospital de la Amistad Perú Corea en el periodo enero – diciembre 2018.

Recolección de la información a través de una ficha de recolección de datos aplicado a todas las historias clínicas que se revisen y que cumplan los criterios de inclusión, ver **Anexo II**.

Las variables nominales se describieron en términos de porcentaje y las numéricas utilizándose medidas de tendencia central y desviación estándar.

Para el análisis estadístico se empleó el programa SPSS, versión 19 en español.

Análisis estadístico.

Para el análisis y procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SSPS v.19, presentándose en tablas, expresando frecuencia, promedios y nivel de significación.

3.7. ASPECTOS ÉTICOS

PRINCIPIO DE JUSTICIA

Este principio se fundamenta en la equidad de la distribución de los riesgos y beneficios de la investigación. La aplicación concreta del principio de justicia tiene que ver directamente con los criterios de selección de las personas que van a participar en una investigación, en dos niveles: individual y social. La justicia individual en la selección de los participantes, implica que el investigador es equitativo en ofrecer a cada persona las mismas posibilidades de riesgo o beneficio, independientemente de su condición social, étnica o de género.

La aplicación del principio de justicia en el nivel social se refiere a la distinción que debe hacerse de grupos de personas particularmente vulnerables como prisioneros, enfermos mentales, minorías

étnicas, niños, mujeres embarazadas, enfermos terminales, en los cuáles los estudios de investigación deben conducirse solamente en situaciones seleccionadas.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

BENEFICENCIA

Se refiere a la obligación de prevenir o aliviar el daño hacer el bien u otorgar beneficios, deber de ayudar al prójimo por encima de los intereses particulares, en otras palabras, obrar en función del mayor beneficio posible para el paciente y se debe procurar el bienestar la persona enferma.

Los elementos que se incluyen en este principio son todos los que implican una acción de beneficio que haga o fomente el bien, prevenga o contrarreste el mal o daño; adicionalmente, todos los que implican la omisión o la ausencia de actos que pudiesen ocasionar un daño o perjuicio.

El quehacer del profesional de la salud está fundamentado en el principio de beneficencia y consiste en el deber de asistir a las personas que lo necesiten. Este principio se vincula con la norma moral siempre debe promoverse el bien y tiene como obligaciones derivadas el brindar un servicio de calidad, con atención respetuosa, evitar el exceso de terapéutica y respetar condiciones, credos o ideologías. Este principio es utilizado para prevenir, aliviar el daño, hacer el bien como otorgar beneficios, debe estar dirigido a garantizar la salud de la sociedad en el sentido más amplio de este concepto, para lo que se precisa de un personal preparado, competente, actualizado, con una formación humanística basada en los principios éticos y conocedor de las peculiaridades de la población que asiste. No debe centrarse únicamente en curar o en restablecer la salud, sino también en prevenir y en educar, lo que conduce a la modificación de estilos y modos de vida, de patrones culturales que no contribuyen al mantenimiento de la salud colectiva.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la metodología de un trabajo retrospectivo donde se revisarán historias clínicas, no se considerará firma del consentimiento informado. Las autorizaciones para el empleo de historias clínicas del hospital fueron dirigidas a las autoridades de la Institución pertinentes. Se tendrán en cuenta los siguientes principios: • Principio de Beneficencia: el presente trabajo respeta este principio dado que es un estudio retrospectivo y descriptivo; por tanto no se pondrá en peligro la salud del paciente al no existir factores de riesgo que condicionen daño a la salud. • Principio de Autonomía: el presente estudio no trasgrede este principio debido a que se trabajará con documentos archivados siempre respetando la discreción que merecen los pacientes.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

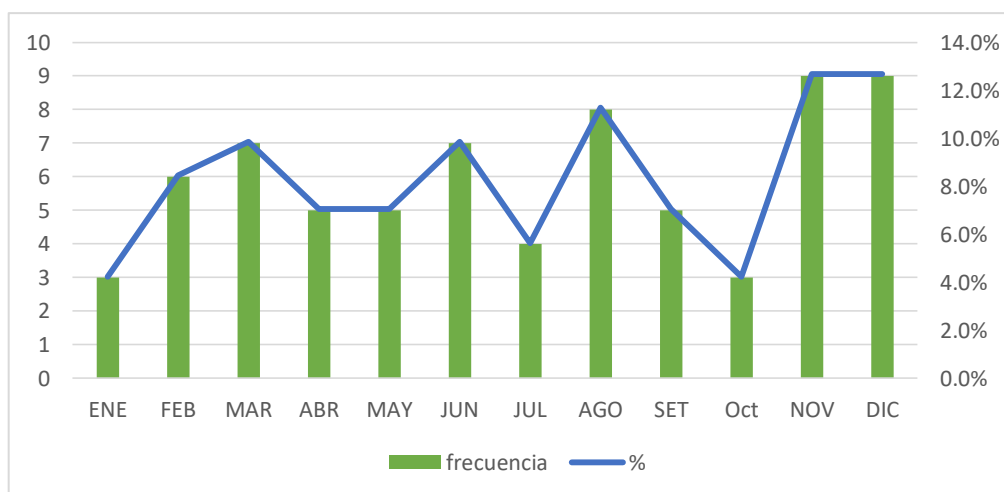
Tabla 1: Distribución de la incidencia de pacientes post operadas de prolapso genital en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2, durante el año 2018.

MES	FRECUENCIA	%
ENE	3	4.2%
FEB	6	8.5%
MAR	7	9.9%
ABR	5	7.0%
MAY	5	7.0%
JUN	7	9.9%
JUL	4	5.6%
AGO	8	11.3%
SET	5	7.0%
OCT	3	4.2%
NOV	9	12.7%
DIC	9	12.7%

*Prevalencia anual

Fuente: Datos propios- Ficha de recolección de datos

Gráfico 1: Distribución de la incidencia de pacientes post operadas de prolapso genital en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2, durante el año 2018.



Fuente: Datos propios - Ficha de recolección de datos

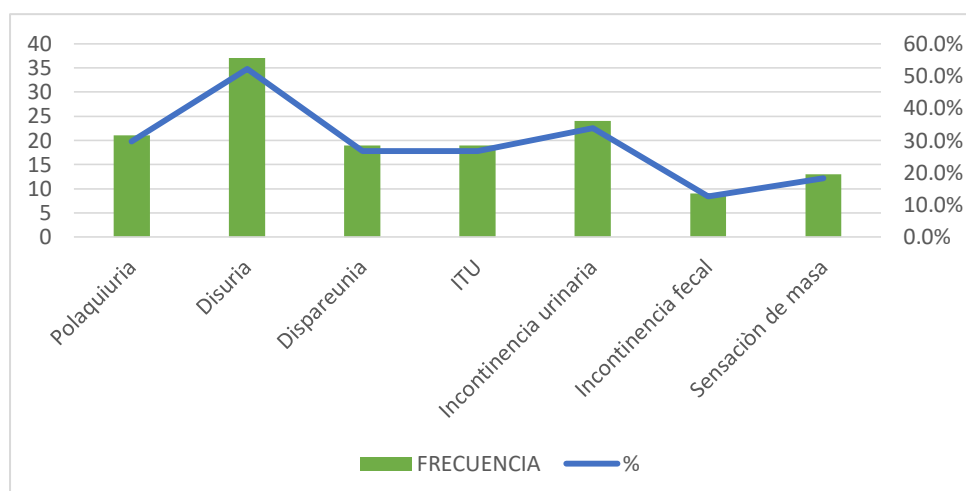
En este trabajo se estudiaron 79 pacientes post operadas de prolapso genital en el servicio de ginecoobstetricia, del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 Piura, en el periodo 2018. Encontramos que la mayor prevalencia de operaciones por prolapso se dieron durante los meses de noviembre y diciembre del año 2018. En la tabla 1 y grafico 1 se expone la prevalencia de pacientes post operadas de prolapso genital durante el año 2018.

Tabla 2: Características clínicas de los pacientes postoperadas de prolapso genital en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2, durante el año 2018.

CARACTERISTICAS CLINICAS	FRECUENCIA	%
POLAQUIURIA	21	29.6%
DISURIA	37	52.1%
DISPAREUNIA	19	26.8%
ITU	19	26.8%
INCONTINENCIA URINARIA	24	33.8%
INCONTINENCIA FECAL	9	12.7%
SENSACIÓN DE MASA	13	18.3%

Fuente: Datos propios - Ficha de recolección de datos

Grafico 2: Características clínicas de las pacientes post operadas de prolapso genital en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2, durante el año 2018.



Fuente: Datos propios - Ficha de recolección de datos

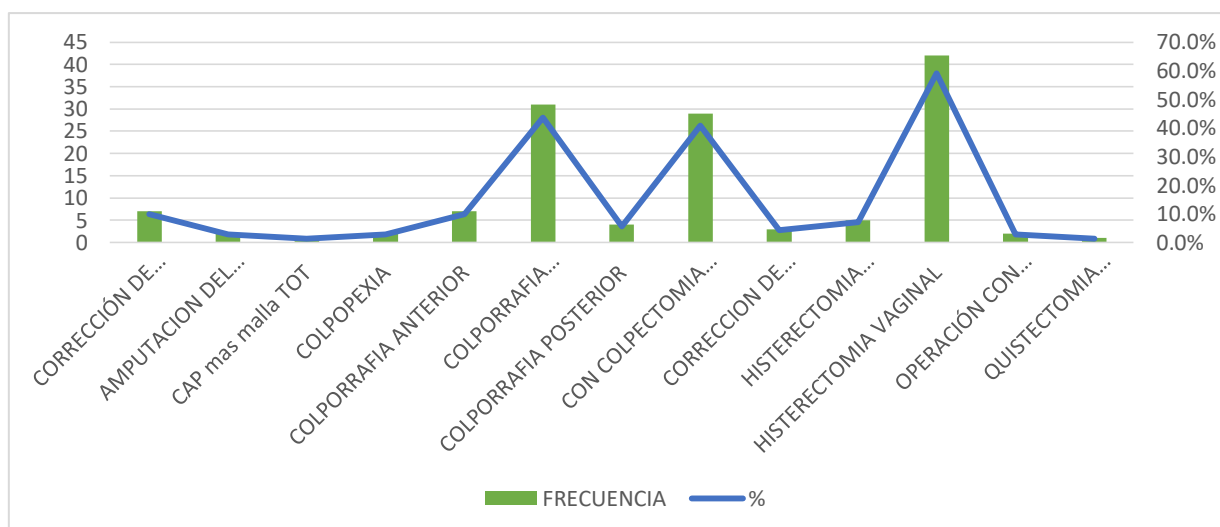
Dentro de la principal característica clínica de las pacientes post operadas de prolapso genital en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2, durante el año 2018, se encuentra a la disuria como la principal característica clínica con un 52.1% seguida de incontinencia urinaria 33.8%, según lo que se puede evidenciar en el gráfico y tabla N°2.

Tabla 3: Características quirúrgicas de las pacientes post operadas de prolapso genital según tipo de intervención en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2, durante el año 2018.

TIPO DE INTERVENCION QUIRURGICA	FRECUENCIA	%
CORRECCIÓN DE CISTOCELE CON O SIN CORRECCIÓN DE URETROCELE	7	9.9%
AMPUTACION DEL CERVIX(CERVICECTOMIA)	2	2.8%
CAP MAS MALLA TOT	1	1.4%
COLPOPEXIA	2	2.8%
COLPORRAFIA ANTERIOR	7	9.9%
COLPORRAFIA ANTEROPOSTERIOR	31	43.7%
COLPORRAFIA POSTERIOR	4	5.6%
CON COLPECTOMIA TOTAL O PARCIAL	29	40.8%
CORRECCION DE RECTOCELE CON O SIN PERINEORRAFIA	3	4.2%
HISTERECTOMIA ABDOMINAL	5	7.0%
HISTERECTOMIA VAGINAL	42	59.2%
OPERACIÓN CON TÉCNICAS DE CABESTRILLO PARA INCONTINENCIA DE ESFUERZO	2	2.8%
QUISTECTOMIA (OVÁRICO ANEXIAL)	1	1.4%

Fuente: Datos propios - Ficha de recolección de datos

Grafico 3: Características quirúrgicas de las pacientes post operadas de prolapso genital según tipo de intervención en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2, durante el año 2018.



Fuente: Datos propios - Ficha de recolección de datos

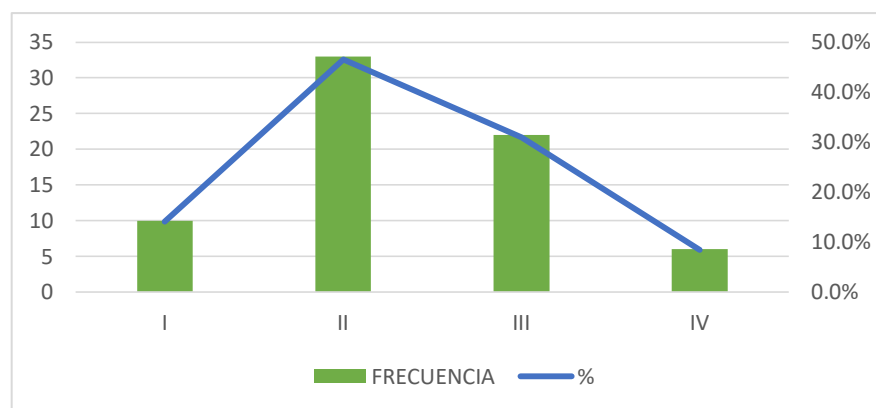
En la tabla y gráfico N°3 se puede observar como principal característica quirúrgica de las pacientes post operadas de prolapso genital según tipo de intervención en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2, durante el año 2018, al procedimiento histerectomía vaginal (59.2%), seguido del procedimiento colporrafia anteroposterior (43.2%), y tercer lugar al procedimiento con colpectomía total (40.8%).

Tabla 4: Características quirúrgicas de las pacientes post operadas de prolapso genital según grado de prolapso en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2, durante el año 2018.

GRADO DE PROLAPSO GENITAL	FRECUENCIA	%
I	10	14.1%
II	33	46.5%
III	22	31.0%
IV	6	8.5%
	71	100.0%

Fuente: Datos propios - Ficha de recolección de datos

Gráfico 4: Características quirúrgicas de las pacientes post operadas de prolapso genital según grado de prolapso en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2, durante el año 2018.



Fuente: Datos propios - Ficha de recolección de datos

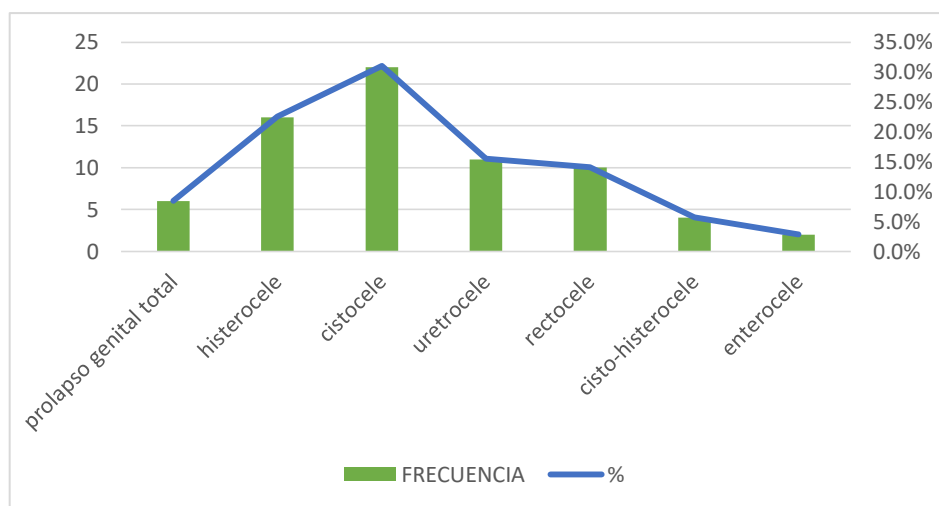
En el gráfico y tabla N°4 se puede observar a las características quirúrgicas de las pacientes post operadas de prolapso genital según grado de prolapso en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2, durante el año 2018, al grado prolapso de grado II (46.5%), seguido del grado III (31%).

Tabla 5: Características quirúrgicas de las pacientes post operadas de prolapso genital según el tipo de prolapso en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2, durante el año 2018.

TIPO DE PROLAPSO GENITAL PREOPERATORIO	FRECUENCIA	%
PROLAPSO GENITAL TOTAL	6	8.5%
HISTEROCELE	16	22.5%
CISTOCELE	22	31.0%
URETROCELE	11	15.5%
RECTOCELE	10	14.1%
CISTO-HISTEROCELE	4	5.6%
ENTEROCELE	2	2.8%
	71	100.0%

Fuente: Datos propios - Ficha de recolección de datos

Grafico 5: Características quirúrgicas de las pacientes pos operadas de prolapso genital según el tipo de prolapso en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2, durante el año 2018.



Fuente: Datos propios - Ficha de recolección de datos

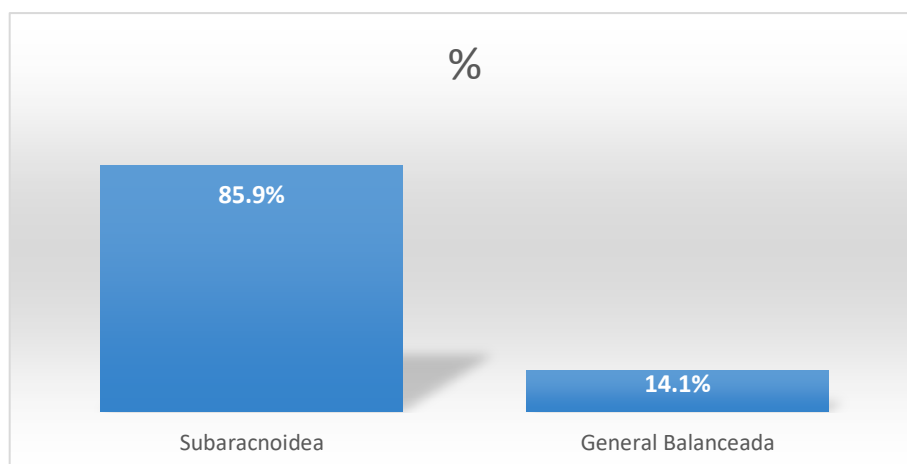
Dentro de las Características quirúrgicas de las pacientes post operadas de prolapso genital según el tipo de prolapso en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2, durante el año 2018. Se puede observar en el gráfico y cuadro N°5 al cistocele (31%), seguido de histerocele (22.5%).

Tabla 6: Características quirúrgicas de las pacientes pos operadas de prolapso genital según el tipo de anestesia en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2, durante el año 2018.

TIPO DE ANESTESIA	FRECUENCIA	%
SUBARACNOIDEA	61	85.9%
GENERAL	10	14.1%
BALANCEADA		

Fuente: Datos propios - Ficha de recolección de datos

Grafico 6: Características quirúrgicas de las pacientes post operadas de prolapso genital según el tipo de anestesia en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2, durante el año 2018.



Fuente: Datos propios - Ficha de recolección de datos

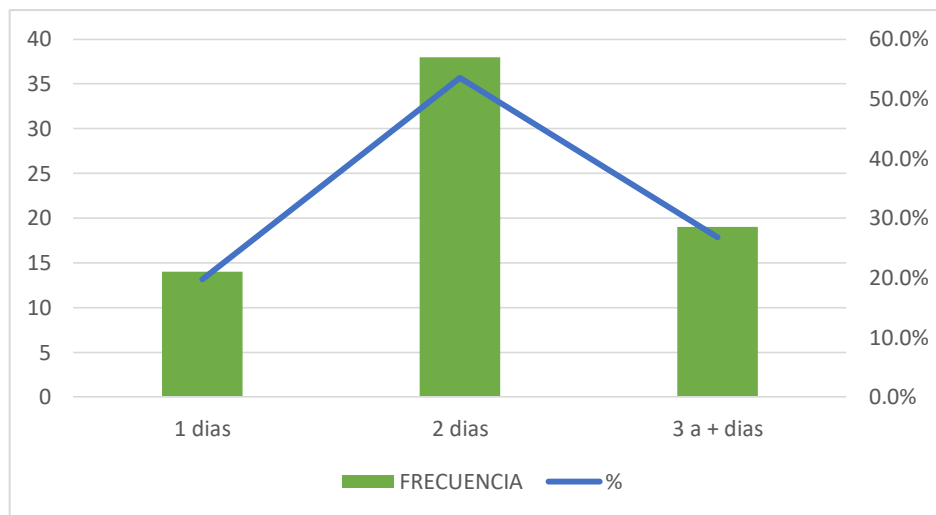
Dentro de las características quirúrgicas de las pacientes post operadas de prolapso genital según el tipo de anestesia en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2, durante el año 2018, se tuvo el tipo de anestesia subaracnoidea (85.9%).

Tabla 7: Características quirúrgicas de las pacientes pos operadas de prolapso genital según el tiempo de estancia hospitalaria en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2, durante el año 2018.

TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA	FRECUENCIA	%
1 DÍAS	14	19.7%
2 DÍAS	38	53.5%
3 A + DÍAS	19	26.8%
	71	100.0%

Fuente: Datos propios - Ficha de recolección de datos

Grafico 7: Características quirúrgicas de las pacientes post operadas de prolapso genital según el tiempo de estancia hospitalaria en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2, durante el año 2018.



Fuente: Datos propios - Ficha de recolección de datos

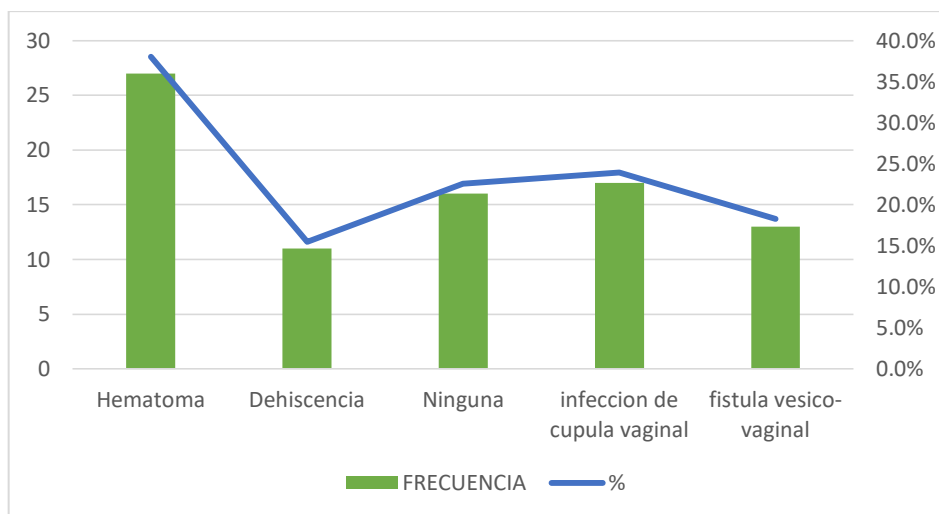
Dentro de las características quirúrgicas de las pacientes post operadas de prolapso genital según el tiempo de estancia hospitalaria en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2, durante el año 2018, tuvo un mayor predominio la estancia hospitalaria de 2 días (53.5%).

Tabla 8: Características quirúrgicas de las pacientes post operadas de prolapso genital según complicaciones post operatorias en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2, durante el año 2018.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS	FRECUENCIA	%
HEMATOMA	27	38.0%
DEHISCENCIA	11	15.5%
NINGUNA	16	22.5%
INFECCION DE CUPULA VAGINAL	17	23.9%
FISTULA VESICO-VAGINAL	13	18.3%

Fuente: Datos propios - Ficha de recolección de datos

Grafico 8: Características quirúrgicas de las pacientes post operadas de prolapso genital según complicaciones post operatorias en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2, durante el año 2018.



Fuente: Datos propios - Ficha de recolección de datos

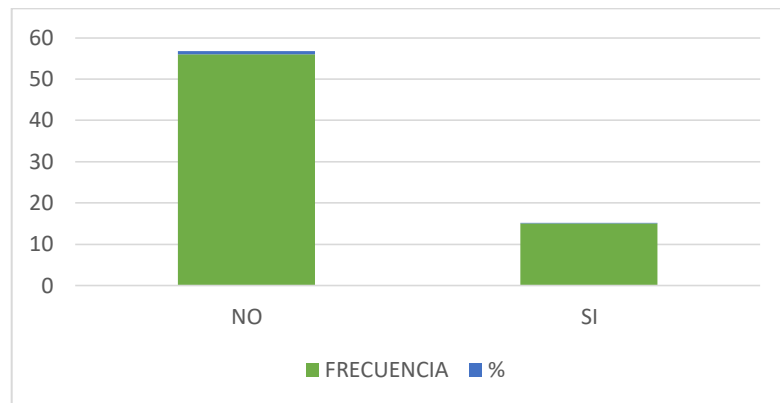
Dentro de las características quirúrgicas de las pacientes pos operadas de prolapso genital según complicaciones post operatorias en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2, durante el año 2018, tenemos al hematoma (78%), seguido de infección de cúpula vaginal (23.9%).

Tabla 9: Características quirúrgicas de las pacientes post operadas de prolapso genital según necesidad de transfusión sanguínea en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2, durante el año 2018.

TRANSFUSIONES SANGUINEAS	FRECUENCIA	%
NO	56	78.9%
SI	15	21.1%

Fuente: Datos propios - Ficha de recolección de datos

Grafico 9: Características quirúrgicas de las pacientes post operadas de prolapso genital según necesidad de transfusión sanguínea en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2, durante el año 2018.



Fuente: Datos propios - Ficha de recolección de datos

Dentro de las características quirúrgicas de las pacientes post operadas de prolapso genital según necesidad de transfusión sanguínea en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2, durante el año 2018., se tiene que esta característica no es necesaria durante el post operatorio de una intervención quirúrgica por prolapso genital en un 78.9% de los casos.

4.2. DISCUSIÓN

Analizar las variables del siguiente estudio nos permitió conocer más detalladamente las características clínico-quirúrgicas de la población post operada de prolapso genital atendida en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital de la Amistad Perú Corea II-2 Piura en el periodo 2018.

Las variables se dividieron en dos grupos: las características clínicas y las quirúrgicas. Dentro de las principales características clínicas se encuentra: incontinencia urinaria, síntomas miccionales: poliaquiuria, disuria y nicturia, sensación de masa, infección del tracto urinario, incontinencia fecal, y entre las características quirúrgicas tenemos: tipo de prolapso genital, tipo de intervención quirúrgica, tipo de anestesia, grado de prolapso genital, complicaciones post operatorias, transfusión sanguínea, tiempo de estancia hospitalaria de pacientes post operadas de prolapso genital en el Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 Piura, servicio ginecoobstetricia, se evaluó las historias clínicas de una muestra 79 pacientes atendidas en el periodo 2018.

En el presente estudio encontramos que la frecuencia de las pacientes post operadas de prolapso genital en el servicio de ginecoobstetricia es de 150 pacientes por año, así mismo se realizaron más intervenciones quirúrgicas de prolapso genital entre los meses de noviembre y diciembre del año 2018. Esto se debe ya que las intervenciones ginecológicas como cesáreas, disminuyen durante estos meses, y se programa más intervenciones por prolapso genital.

Entre las principales características clínicas de las pacientes post operadas se destaca la disuria (52.1%), seguida de incontinencia urinaria (33.8%) y polaquiuria (29.6%). En un estudio retrospectivo realizado en el Instituto Nacional de Cancerología de México, denominado. Prolapso Genital y Carcinoma Cervico Uterino, de los 132 casos de prolapso genital, los síntomas acusados por las pacientes en orden de frecuencia fueron: alteraciones vesico-urinarias como cistitis, polaquiuria, nicturia y disuria 40 personas, sensación de cuerpo extraño o pesantez 8 casos clínicos, prurito vulvar 17 pacientes, tumoración vaginal 54, dolor sacro lumbar se encontró en 69 mujeres, y flujo vaginal en 86 pacientes, siendo el síntoma que más se detectó en nuestro estudio la disuria.(24)

Entre las características quirúrgicas de acuerdo al tipo de intervención predomina el prolapso genital + histerectomía vaginal (59.2%), seguido de colporrafia anteroposterior (43.7%), y en tercer lugar la colpectomia total (40.8%). (20)

Durante el periodo 2016 se realizó la evaluación de las complicaciones de las histerectomías según la vía de abordaje abdominal versus vaginal en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital III Es Salud Iquitos. Se revisó la información de 141 casos de histerectomía durante el periodo 2016, donde las personas con casos de histerectomía, donde el tipo de abordaje abdominal fue el que obtuvo un mayor porcentaje de casos (85.82%) en comparación con tipo de abordaje vaginal (14.18%). La vía de abordaje abdominal presentó mayor número de complicaciones (19%), mientras que la vía de abordaje vaginal, presentó menor número de complicaciones (15%) según las respectivas vías de abordajes, por ende, se sigue recomendando esta técnica en la institución de estudio ya que permite tener menos complicaciones a largo plazo.(30)

Entre las características quirúrgicas, de pacientes post operadas de prolapso genital según el grado de prolapso, según el lugar de estudio predomina el prolapso tipo II (46.5%), y el tipo III (31%)

El examen ginecológico en la mujer portadora de un prolapso está orientado a establecer el diagnóstico exacto de los componentes y el grado del prolapso y a elegir el tratamiento más adecuado a cada paciente (12). Un estudio realizado en el Instituto Nacional de Cancerología de México, denominado. Prolapso Genital y Carcinoma Cervico Uterino, se encontró 132 casos con prolapso genital y de estas 12 presentaron prolapso genital de primer grado, 33 de segundo grado y 87 casos de tercer grado. (21) Los resultados obtenidos en relación a nuestro estudio, no están en

concordancia ya que el grado II de prolapso genital fue el más frecuente, esto es debido a que la mayor parte de las mujeres del estudio mencionado son pacientes multíparas y gran multíparas, con 4 a 7 hijos como promedio. (20)

Entre las características quirúrgicas de pacientes post operadas de prolapso según tipo de prolapso predomina el cistocele (31%), y el histerocele (22.5%). El estudio realizado en el Instituto Médico Quirúrgico Ribas. Los Teques, Venezuela durante el periodo 2008 a 2013 se encontró que de 419 pacientes, la mayoría presentó cistocele (50,6 %) solo y acompañado de rectocele 22,7 % y únicamente 13 pacientes presentaron prolapso uterino que representan el 3.1%. Por lo que podemos deducir con nuestro estudio también los resultados se asemejan. (18)

Según las características quirúrgicas de pacientes post operadas de prolapso genital según el tipo de anestesia predomina la anestesia tipo subaracnoidea (85.9%) y general (14.1%).

Para determinar la factibilidad y seguridad de la cirugía del prolapso vaginal con anestesia regional o general en el Hospital central “Antonio María Pineda” en Barquisimeto, se realizó un estudio prospectivo con 26 pacientes, con prolapso vaginal grado II o III, en pacientes ASA I o ASA II, se llegó a la conclusión que todas las pacientes toleraron satisfactoriamente el procedimiento quirúrgico bajo anestesia regional. Por lo que podemos deducir con nuestro estudio también los resultados se asemejan. (34)

Dentro de las características quirúrgicas de pacientes post operadas de prolapso genital según el tiempo de estancia hospitalaria, predomina la estancia de +/- dos días (53.5 %). (20)

En un estudio de investigación realizado en el país de Ecuador se tiene que según datos recabados del INEC durante el año 2013, encontramos que el total de egresos hospitalarios por diagnóstico de prolapso genital femenino fue de 4881, con un promedio de 3 días de estadía. Puede deberse a la capacidad o infraestructura para atención de pacientes, ya que en nuestro lugar de estudio no alberga mucha capacidad para recibir pacientes post operatorios. (22)

Según las características quirúrgicas de pacientes post operadas según las complicaciones post operatorias se tiene al hematoma (38 %) y la infección de cúpula vaginal (23.9%).

El estudio realizado en el Hospital de La Samaritana, hospital público de tercer nivel de complejidad, centro de referencia del departamento de Cundinamarca, ubicado en Bogotá (Colombia) durante el periodo 2015, se encontró que dentro de las complicaciones post operatorias del prolapso genital: dolor, hematoma de la cúpula que puede extenderse al retroperitoneo, infección del sitio quirúrgico, que pueden llevar incluso a reintervención quirúrgica. El hematoma retroperitoneal es el más frecuente y se caracteriza por el inicio agudo o subagudo de sangrado de

los vasos esplácnicos. Cuando se asocia al post operatorio de histerectomía, se pueden comprometer las ramas de la arteria mesentérica inferior y las ramas de la arteria hipogástrica que sangran al espacio retroperitoneal. Por lo que podemos deducir con nuestro estudio también los resultados se asemejan. (18)

Dentro de las características quirúrgicas de pacientes post operatorias según necesidad de transfusión sanguínea de pacientes post operadas de prolapso genital se tiene que del total de operadas 78.9 % de pacientes no necesitaron ser transfundidas. En un estudio de investigación de Ribeiros (2013), nos menciona el tiempo operatorio la pérdida de sangre en pacientes sometidas a histerectomía, se destaca que La reducción de hemoglobina fue más evidente después de la histerectomía vaginal, seguida de la histerectomía abdominal total, si bien es cierto que la histerectomía por vía vaginal presenta resultados superiores en términos de tiempo quirúrgico, se debería tener en cuenta que también hay un leve riesgo de necesitar ser transfundidas a largo plazo. (20)

V. CONCLUSIONES

- Se encontró que la mayor incidencia de casos post operados de prolapso genital durante el 2018 se dio en los meses de Noviembre a Diciembre (12.7%) respectivamente, debido a la disminución de intervenciones ginecológicas por cesáreas, y a una mejor disponibilidad para programar intervención ginecológicas por prolapso genital en dicho Hospital.
- Se encontró que el más alto porcentaje de mujeres presentó prolapso genital grado II (46.5%), seguido del grado III (31.0%); hubo un bajo porcentaje de mujeres con prolapso genital grado I (14.1%) y IV (8.5%).
- Es importante recalcar que diferentes pacientes presentaron diferentes características clínicas, de las cuales algunas se repetían. Del estudio se encontró, que dentro de las características clínicas el síntoma miccional, disuria es el más prevalente (52.1%), seguido de la incontinencia urinaria (33.8%), polaquiuria (29.6%), dispareunia (26.8%), ITU (26.8%), sensación de masa (18.3%) e incontinencia fecal (12.7%).
- Es importante recalcar que diferentes pacientes presentaron diferentes tipos de intervención quirúrgica y algunas requerían de alguna intervención quirúrgica adicional para solucionar su problema. Del estudio se encontró, que dentro de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes que se aplican en dicho Hospital, la Histerectomía vaginal es la más prevalente

(59.2%), seguido de la colporrafia anteroposterior (43.7%), colporrafia anterior (9.9%), colporrafia posterior (5.6%), CAP + TOT (1.4%).

- Se encontró que dentro de abordaje vaginal vs abordaje abdominal, el abordaje vaginal es el más prevalente debido a las menores complicaciones post operatorias y menor estancia hospitalaria en dicho Hospital.
- Se encontró en el estudio que el diagnóstico pre operatorio más prevalente fue el cistocele (31.0%), seguido por el histerocele (22.5%), uretrocele (15.5%), rectocele (14.1%), prolapso genital total (8.5%), cisto-histerocele (5.6%), enterocele (2.8%), como las principales causas para la intervención quirúrgicas.
- Se encontró en el estudio que el tiempo de estancia hospitalaria en la mayoría de las pacientes fue de 2 días (53.5%), debido a la poca disponibilidad de camas y a la gran demanda de pacientes ginecológicas, de 3 a más días fue de (26.8%) y de un día de (19.7%).
- Se encontró en el estudio que dentro de las complicaciones post operatorias, la de mayor prevalencia el Hematoma (38.0%), seguido de la infección de cúpula vaginal (23.9%), fistula besico-vaginal (18.3%), dehiscencia (15.5%), ninguna complicación post operatoria (22.5%).
- Respecto al tipo de anestesia, la de mayor prevalencia es la anestesia regional (85.9%), seguido de la anestesia general balanceada (14.1%). Se empleó la anestesia general balanceada a pacientes que presentaban alguna comorbilidad o alguna complicación para el uso de anestesia regional.
- Respecto a la necesidad de transfusión sanguínea, la mayoría no requería (78.9%), los que sí requirieron (21.1%), pero en dicho Hospital se recomienda el depósito de unidades de sangre por ser una cirugía mayor y teniendo en cuenta las complicaciones intraoperatorias.
- La clasificación actual del prolapso genital femenino es el de la Pelvic Organ Prolapse Quantification Sistem (POP-Q), la cual está basado en demostrar la máxima extensión del prolapso en el examen físico, ésta clasificación no es documentada en toda su dimensión dentro de la historia clínica de la paciente que ha sido atendida en el Hospital II-2 Santa Rosa de Piura.

VI. RECOMENDACIONES

DE MANERA GENERAL:

A pesar de que el prolapso genital es una patología muy poco conocida, hay que tomar en cuenta que todas las mujeres están propensas a padecerla, lo que implica que todas ellas deberían tener un conocimiento mínimo sobre dicha patología. El prolapso genital si no es tratado a tiempo podría acarrear una histerectomía abdominal y la mujer no podría tener más hijos, pero hay que recalcar que es una enfermedad que tiene cura y que no genera en algunos casos grandes repercusiones.

Se recomienda a las mujeres:

- 1.- Protección del periné al momento del parto.
- 2.- No posponer las ganas de orinar.
- 3.- Evitar causas de estreñimiento y tos crónica: Tabaquismo y dietas pobres en fibra. Tomar abundantes líquidos.
- 4.-Evitar múltiples partos.
- 5.-Dieta rica en proteínas.
- 6.- Realizar ejercicios para la musculatura del pubis.

Se recomienda para futuras investigaciones:

- 1.- Estudiar los grados del prolapso, ya que estos darían valores cuantitativos y así se podrían establecer correlaciones cuantitativas entre las variables.

Se recomienda al Hospital II-2 Santa Rosa de Piura:

1. Documentar en toda su dimensión la clasificación POPQ, dentro de la historia clínica de la paciente que ha sido atendida en el Hospital II-2 Santa Rosa de Piura, para obtener un perfil exacto de la vagina y así poder decidir el mejor tipo de corrección quirúrgica, que logre el máximo beneficio para la paciente.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Garcia WD, Arturo MC, Cifuentes, R. Proceso de atención en Hospitalización. Guía de Atención Prolapso Genital. Santiago de Cali. Corporación COMFENALCO Valle Universidad Libre 2014.
2. Reátegui R, Acosta S. Importancia de la reducción del prolapso vaginal anterior severo durante el examen clínico y estudio urodinámico, en el diagnóstico de incontinencia urinaria oculta. Rev Perú Ginecol Obstet. 2013;59:167-170.
3. Madail A, Figueira, LM, Blanch R, Emiro A, Gonzalez, AE. Experiencia en el tratamiento del prolapso de órganos pélvicos con mallas vaginales en el Hospital Universitario de Caracas. Rev Obstet Ginecol Venez 2015;75(2):97-104
- Sandoval I, Hernández R, Torres E, Solano N. Cirugía reconstructiva de la pelvis en el prolapso genital severo con uso de prótesis anterior y fijación al ligamento sacro espinoso. Rev Peru Ginecol obstet. Vol 61 N° 4 Lima Oct-Dic 2015.
5. Silva-Filho AL, Santos-Filho AS, Figueiredo-Netto O. Sacrospinous Fixation for Treatment of Vault Prolapse and at the Time of Vaginal Hysterectomy for Marked Uterovaginal Prolapse. Journal of Pelvic Medicine & Surgery [Internet] Julio 2004 [citado el 3 de marzo 2017]; 10 (4): 213-218. Disponible en: http://journals.lww.com/jpelvicsurgery/Abstract/2004/07000/Sacrospinous_Fixation_for_Treatment_of_Vault.6.aspx
6. Matthew D, Maher C. Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse. International Urogynecol Journal. 2013; (24): 1783.
7. Espitia-De La Hoz FJ. Complicaciones del uso del pesario con soporte y sin soporte en el prolapso genital completo. MÉD UIS (Colombia) 2015; 28(3):309-15.
8. Datos estadísticos Hospital de apoyo Peru- Corea II-2 Santa Rosa 2016-2017
9. Obregón Y, Luisa E y SAUNERO O, Arturo F. Disfunción del piso pélvico: epidemiología. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2014 [citado 18 de Febrero 2017], pp. 172-178. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004877322009000300005&lng=es&nrm=iso. ISSN 0048-7732.
10. Aldave P. Factores de riesgo para Prolapso Genital en pacientes del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Belen de Trujillo 2008-2010. [Tesis doctoral]. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Trujillo. 2016.

11. Dionicio R. Factores de Riesgo de Distopia Genital. [Tesis para especialidad] Facultad de Medicina Humana. Universidad de San Martín de Porras. Lima 2014.
12. Gyhagen M, Bullarbo M, Nielsen TF, Milsoma I. Prevalence and risk factors for pelvic organ prolapse 20 years after childbirth: a national cohort study in singleton primiparae after vaginal or caesarean delivery. Sweden. An International Journal of Obstetrics and Gynaecology [Internet]. 2012 [Citado 25 de Febrero 2017] 120(2):152-60 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23121158>.
13. Espitia-De La Hoz FJ. Afectación de la sexualidad en mujeres con prolapso genital y/o incontinencia urinaria. Revista de sexología. [Internet] 2015; [Citado 28 de Febrero de 2017]; 4(2): 11-18. Disponible en: <http://www.desexologia.com/wpcontent/uploads/2015/12/Volumen-42-2015-noviembre-.pdf>
14. Espitia-De La Hoz FJ. Factores de riesgo asociados con prolapso genital femenino: estudio de casos y controles. Sociedad Colombiana de Urología. Urol Colomb 2015;24:12-8.
15. Fernández N. El Parto como factor de riesgo en las disfunciones del suelo pélvico. [Tesis para grado]. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén. 2016.
16. Aguilar S, Safora O, Rodríguez A. La histerectomía obstétrica como un problema vigente. (En línea) Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. La Habana Cuba. 2012. Acceso el 15 de julio de 2013. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138
17. López P, et al. Alternativa terapéutica para el dolor pélvico crónico de origen vesical. (En línea). Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España. 2009. Acceso el 4 de junio de 2013. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/actas-urologicas-espa%C3%B1olas-292>.
18. Vázquez A, et al. Factores de riesgo del cáncer de cérvix uterino (en línea). Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. Habana-Cuba. 2008. Acceso 7 de Junio de 2013. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2008000200007&script=sci_arttext
19. Sánchez R. Anticoncepción hormonal (en línea). Sociedad de Galega de Contracepción. Barcelona España. 2011. Acceso 27 de Julio de 2013. Disponible en: http://www.sec.es/sec/sociedades_autonomicas/images/SOGAC_n17.pdf#page=12
20. Reveles J, et al. Histerectomía obstétrica: incidencia, indicaciones y complicaciones (en línea). Revista ginecología y obstetricia de México. México. 2008. Acceso el 17 de Julio de 2013. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2008/gom083d.pdf>

21. Karlsoon H, Pérez C. Hemorragia postparto. (En línea) Servicio de Obstetricia y Ginecología. Pamplona – España. 2009. Acceso en 16 de julio de 2013. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32s1/obstetricia6.Pdf>.
22. Medina D, Munguía R. Factores de riesgo para prolapso de órganos pélvicos en pacientes ingresados al servicio de Ginecología del HEODRA en el periodo Mayo 2010-Mayo 2011. [Tesis doctoral]. Nicaragua: Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2014.
23. Revista Chilena De Urología | Volumen 80 | Nº 2 Año 2015.
24. De Lancey J, Morley G. Total Colpocleisis for vaginal meversion. *Am J Obstet Gynecol* 2014 Jun; 176(6):1228-32; discussion 1232-5.
25. Weber MA, Abrams P, Brubaker L, et al. The standardization of terminology for researchers in female pelvic floor disorders. *Int Urogynecol J* 2013;12:178-186.
26. Swift S. Current opinion on the classification and definition of genital tract prolapse. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2013; 14: 503-7.
27. Carneiro EF, Araujo NS, Beuttenmüll L. Las características anatómo funcionales del suelo pélvico y la calidad de vida de mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo sometidas a ejercicios perineales. *Actas Urol Esp.* 2015;34(9).
28. Alfonso P. Aspectos epidemiológicos de la disfunción de suelo pélvico en un consultorio del médico de la familia. *Invest Médicoquir.* 2013;1(1):37-8
29. Bo K. Entrenamiento de los músculos del piso pélvico. Efectos a largo plazo. Incontinencia urinaria. Cap 3. En: Aplicaciones clínicas de técnicas fisioterapéuticas en disfunciones miccionales y de piso pélvico. Paulo César Rodríguez Palma Kari Bo eds. Urofisioterapia, Caracas; 2014. p. 53-8.
30. Theofrastous J, Swift S. Valoración clínica de la disfunción del piso pélvico. Clínicas de ginecología y obstetricia. Temas actuales. V. 4. McGraw-Hill Interamericana; 2013. p. 745-66.
31. Pena JM, Rodríguez AJ, Villodres A, Mármol S, Lozano JM. Tratamiento de la disfunción del suelo pélvico. *Actas Urol Esp.* 2013;31(7):719-31.

32. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, Monga A, Petri E, Rizk DE, Sand PK, Schaer GN. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J*. 2013;21(1):5-26.
33. Ricci Arriola P, Solá Dalenz V, Pardo Schanz J. Incontinencia urinaria oculta evidenciada por estudio urodinámico preoperatorio en pacientes con prolapso genital severo. *Actas Urol Esp*. 2015; 32(8):827-32.
34. Wagenlehner FM, Bschleipfer T, Liedl B, Gunnemann A, Petros P, Weidner W. Surgical reconstruction of pelvic floor descent: anatomic and functional aspects. *Urol Int* 2014;84:1-9.
35. Pascual MA. Incontinencia urinaria. Prevalencia y calidad de vida. *Progresos de Obstetricia y Ginecología* 2014; 45 (Supl. 1): 2-9.

VIII. ANEXOS

8.1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

ANEXO 01

Titulo	“CARACTERISTICAS CLINICO-QUIRURGICAS DE PACIENTES POSTOPERADAS DE PROLAPSO GENITAL ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA EN EL HOSPITAL DE LA AMISTAD PERÚ - COREA SANTA ROSA II-2 PIURA EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2018”		
Formulación del problema	Objetivos	Metodología	Instrumento y Procedimiento
¿Cuáles son las características clínico-quirúrgicas de las pacientes post operadas de prolapso genital atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del hospital de la amistad Perú – Corea II-2 Santa Rosa Piura en el periodo de enero a diciembre del 2018?.	Objetivo general	Tipo de investigación	Instrumento
	<ul style="list-style-type: none"> Determinar las características clínico-quirúrgicas de pacientes pos operadas de prolapso genital atendidas en el servicio de ginecoobstetricia en el Hospital de la amistad Perú - Corea Santa Rosa II-2 Piura en el periodo de Enero a Diciembre del 2018. 	<ul style="list-style-type: none"> El presente estudio de investigación será de tipo estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. 	Ficha de recolección de datos
		Población	Técnica de recolección de datos
		Pacientes con diagnóstico de prolapso genital las cuales cumplen con los criterios de inclusión y exclusión, que han sido intervenidas en el hospital II-2 Santa Rosa desde Enero hasta Diciembre del 2018.	Se empleará una ficha de recolección de datos que se aplicará a cada historia clínica que se revise que cumplan los criterios de inclusión y exclusión.

	Objetivos específicos	Criterio de inclusión	
	<ul style="list-style-type: none"> • Describir las características clínicas: incontinencia urinaria, síndrome miccional, poliaquiuria, nicturia, sensación de masa, infección del tracto urinario, incontinencia fecal, de pacientes pos operadas de prolapso genital atendidas en el servicio de ginecoobstetricia en el Hospital de la amistad Perú - Corea Santa Rosa II-2 Piura en el periodo de enero a diciembre del 2018. • Describir las características quirúrgicas: tipo de prolapso genital, grado de prolapso 	<ul style="list-style-type: none"> • Para las pacientes que conforman el grupo de estudio, los criterios de inclusión serán los siguientes: Pacientes con diagnóstico de prolapso genital que hayan sido intervenidas en el Hospital II-2 Santa Rosa durante el periodo establecido. 	
		Criterios de exclusión	Técnicas para el análisis de datos
		<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes que no tengan el diagnóstico de prolapso genital. • Pacientes que hayan sido intervenidas por prolapso genital y que no tengan su historia clínica completa o se haya extraviado. 	<p>Análisis estadístico.</p> <p>Para el análisis y procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SSPS v.19, presentándose en tablas, expresando frecuencia, promedios y nivel de significación.</p>

	genital, tipo de intervención quirúrgica, tipo de anestesia, tiempo de estancia hospitalaria, complicaciones postoperatorias, de pacientes postoperadas de prolapso genital atendidas en el servicio de ginecoobstetricia en el Hospital de la amistad Perú - Corea Santa Rosa II-2 Piura en el periodo de enero a diciembre del 2018.	<table><tr><td></td></tr><tr><td>Muestra</td></tr><tr><td>Probabilística, todos los pacientes que cumplan los criterios de inclusión y exclusión. (n= 150)</td></tr><tr><td>Variables</td></tr><tr><td><ul style="list-style-type: none">• Diagnóstico Operatorio De Prolapso Genital• Manifestaciones Clínicas:<ul style="list-style-type: none">○ Incontinencia urinaria○ Sintomas miccionales: polaquiuria, disuria.○ Sensación de masa○ Dispareunia○ Incontinencia fecal○ Infección del tracto urinario</td></tr></table>		Muestra	Probabilística, todos los pacientes que cumplan los criterios de inclusión y exclusión. (n= 150)	Variables	<ul style="list-style-type: none">• Diagnóstico Operatorio De Prolapso Genital• Manifestaciones Clínicas:<ul style="list-style-type: none">○ Incontinencia urinaria○ Sintomas miccionales: polaquiuria, disuria.○ Sensación de masa○ Dispareunia○ Incontinencia fecal○ Infección del tracto urinario	
Muestra								
Probabilística, todos los pacientes que cumplan los criterios de inclusión y exclusión. (n= 150)								
Variables								
<ul style="list-style-type: none">• Diagnóstico Operatorio De Prolapso Genital• Manifestaciones Clínicas:<ul style="list-style-type: none">○ Incontinencia urinaria○ Sintomas miccionales: polaquiuria, disuria.○ Sensación de masa○ Dispareunia○ Incontinencia fecal○ Infección del tracto urinario								

		<ul style="list-style-type: none">• Manifestaciones quirúrgicas:<ul style="list-style-type: none">○ Tipo de prolapso○ Tipo de intervención quirúrgica○ Tipo de anestesia○ Grado de prolapso○ Complicaciones post operatorias○ Transfusiones sanguíneas○ Tiempo de estancia hospitalaria	
--	--	---	--

8.2. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ANEXO 02

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

N° de Historia Clínica: _____

Edad: _____

➤ Manifestaciones Clínicas Postoperatorias:

- ☐ Incontinencia Urinaria ()
- ☐ Síntomas Miccionales:
(Polaquiuria, Disuria) ()
- ☐ Sensación De Masa ()
- ☐ Infección del Tracto Urinario ()
- ☐ Incontinencia Fecal ()

➤ Tipo de Prolapso Genital Preoperatorio:

- ☐ Cistocele ()
- ☐ Uretrocele ()
- ☐ Histerocele ()
- ☐ Cisto rectocele ()
- ☐ Rectocele ()
- ☐ Prolapso genital total ()
- ☐ Enterocele ()
- ☐ Cisto-histerocele ()
- ☐ Cisto- histero-rectocele ()

➤ Tipo de Intervención quirúrgica:

- ☐ Colporragia Anterior ()
- ☐ Colporragia posterior ()
- ☐ Histerectomía vaginal ()
- ☐ Plicatura Malla ()
- ☐ Colporragia anteroposterior ()

➤ Tipo de Anestesia

Regional o Subaracnoidea () General ()

➤ Grado de prolapso

- ☐ Grado I
- ☐ Grado II
- ☐ Grado III
- ☐ Grado IV

➤ Complicaciones post operatorias:

- ☐ Hematoma ()
- ☐ Fistula vesico-vaginal ()
- ☐ Infección de cúpula vaginal ()
- ☐ Dehiscencia ()
- ☐ Otras: _____

➤ Transfusiones sanguíneas

- ☐ Si ()
- ☐ No ()

➤ Tiempo de estancia hospitalaria

- ☐ Un día ()
- ☐ Dos días ()
- ☐ Tres a más días ()